

**UNIVERZA NA PRIMORSKEM  
VISOKA ŠOLA ZA ZDRAVSTVO IZOLA**

**DIPLOMSKA NALOGA**

**Izola, avgust, 2011**

**UNIVERZA NA PRIMORSKEM  
VISOKA ŠOLA ZA ZDRAVSTVO IZOLA**

**PREDNOSTI IN SLABOSTI PRIMARNEGA  
ZDRAVSTVENEGA VARSTVA V SLOVENIJI IN  
ITALIJI**

**COMPARISON OF SLOVENIAN AND ITALIAN PRIMARY HEALTH  
CARE □ ADVANTAGES AND DISADVANTAGES**

**Študent: MAJA ANŽIČ**

**Mentor: mag. TAMARA ŠTEMBERGER KOLNIK**

**Študijski program: VISOKOŠOLSKI STROKOVNI ŠTUDIJSKI  
PROGRAM**

**Študijska smer: ZDRAVSTVENE NEGA**

**Izola, avgust, 2011**



**UNIVERZA NA PRIMORSKEM  
VISOKA ŠOLA ZA ZDRAVSTVO IZOLA**

**PREDNOSTI IN SLABOSTI PRIMARNEGA  
ZDRAVSTVENEGA VARSTVA V SLOVENIJI IN  
ITALIJI**

**COMPARISON OF SLOVENIAN AND ITALIAN PRIMARY HEALTH  
CARE □ ADVANTAGES AND DISADVANTAGES**

**Študent: MAJA ANŽIČ**

**Mentor: mag. TAMARA ŠTEMBERGER KOLNIK**

**Študijski program: VISOKOŠOLSKI STROKOVNI ŠTUDIJSKI  
PROGRAM**

**Študijska smer: ZDRAVSTVENE NEGA**

**Izola, avgust, 2011**

## ZAHVALA

*Družina ima v patronažni zdravstveni negi pomembno mesto. Tudi sama bi se najprej rada zahvalila svoji družini, ker mi je omogočila študij ter mi nudila neizmerno pomoč in oporo. Še posebej se zahvaljujem mentorici mag. Tamari Štemberger Kolnik za vso strokovno pomoč, za nasvete in stalno vzpodbudo pri pisanju diplomske naloge. In ne nazadnje gre zahvala vsem strokovnim delavcem Visoke šole za zdravstvo Izola za znanja, ki sem jih pridobila tekom študija.*

**KAZALO VSEBINE**

1	UVOD .....	1
2	ZDRAVSTVENO VARSTVO.....	2
2.1	PRIMARNO ZDRAVSTVENO VARSTVO .....	2
3	ZAKON O ZDRAVSTVENEM VARSTVU REPUBLIKE SLOVENIJE V PRIMERJAVI Z ZAKONOM ZDRAVSTVENEGA VARSTVA V ITALIJI .....	4
3.1	Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni v Republiki Sloveniji .....	4
3.2	Kadrovski in delovni normativi v patronažni zdravstveni negi v Republiki Sloveniji	5
3.3	Zakon v Republiki Italiji.....	6
4	PATRONAŽNO VARSTVO .....	8
4.1	Zgodovinski pregled razvoja patronažne službe .....	8
4.1.1	Medicinske sestre v Italiji .....	8
4.1.2	Medicinske sestre v Sloveniji .....	9
4.2	Patronažna zdravstvena nega .....	11
4.3	Področja patronažnega varstva .....	13
4.4	Zdravstvena vzgoja v patronažnem zdravstvenem varstvu .....	14
4.5	Dokumentiranje v patronažni zdravstveni službi v Sloveniji .....	16
4.6	Oskrba pacientov z duševnimi motnjami v Sloveniji.....	17
4.7	Kurativni in preventivni obiski v patronažnem zdravstvenem varstvu v Sloveniji ...	17
5	PATRONAŽNO VARSTVO V ITALIJI .....	20
5.1	Področja patronažne medicinske sestre v Italiji.....	20
5.2	Projekt Medicinska sestra v skupnosti .....	24
5.3	Raznolikost vzpostavljanja stikov in odnosov: model medicinske sestre v določeni lokalni skupnosti.....	25
5.3.1	Model medicinske sestre skupnosti v severovzhodni Italiji .....	27
5.4	Patronažna služba v Trstu .....	31
5.5	Dokumentacija v patronažnem varstvu v Italiji .....	34
5.6	Center za mentalno zdravje in hišni obiski pacientov z duševnimi boleznimi v Italiji	35
6	RAZPRAVA .....	37
7	SKLEP .....	39

8	LITERATURA .....	41
---	------------------	----

## KAZALO SLIK

Slika 1: Področja patronažnega zdravstvenega varstva .....	13
Slika 2: Grafični prikaz in izvedbe preventivnih in kurativnih obiskov za obdobje od leta 2000 do 2009 na 1000 prebivalcev Republike Slovenije .....	18
Slika 3: Kurativni in preventivni obiski v patronažnem varstvu v letu 2009 na 1000 prebivalcev Republike Slovenije .....	19
Slika 4: »Vstop pacienta v mrežo uslug teritorija« .....	31



## KAZALO PREGLEDNIC

Preglednica 1: Število opravljenih kurativnih in preventivnih obiskov v patronažnem zdravstvenem varstvu od leta 2000 do 2009 na 1000 prebivalcev Republike Slovenije .....	18
Preglednica 2: Lestvica stabilnosti/nestabilnosti .....	23
Preglednica 3: Najpogostejše patologije zaradi katerih so izvedeni obiski na domu .....	34

## POVZETEK IN KLJUČNE BESEDE

Patronažna zdravstvena nega deluje na primarni ravni zdravstvenega varstva. Nosilka patronažne zdravstvene nege je patronažna medicinska sestra. V Italiji in drugod po svetu pripada patronažni medicinski sestri drugačen naziv, in sicer družinska medicinska sestra (angl. Family nurse). Ta je bila prvič opisana leta 1999 v dokumentu »Health21«, s strani Svetovne zdravstvene organizacije. Opisuje se tudi profil »Medicinska sestra skupnosti« (angl. Community nurse). V ospredje je postavljena družina, posameznik in skupnost ter interakcija med njimi.

Namen diplomske naloge je preučiti prednosti in slabosti delovanja patronažne zdravstvene nege v Sloveniji ter Italiji in primerjava prednosti in slabosti obeh sistemov. Uporabili smo deskriptivno metodo ter metodo komparacije domače in tuje literature.

Ugotovili smo, da je v Republiki Italiji zdravstvena oskrba veliko bolj povezana s službo socialne oskrbe, v katero je vključena že v sami osnovi primarnega varstva. Je pa v našem zdravstvenem varstvu bolj v ospredju preventiva in zdravstvena vzgoja otročnic in novorojenčkov ter ostalih starostnih skupin.

Ključne besede: patronažna medicinska sestra, družina, skupnost, zdravstvena nega.

## **ABSTRACT AND KEYWORDS**

Community health care is one part of health care and is based on primary health level. The holder of the community health care is the community nurse. In Italy and in other areas in the world at the community health nurse belong different names. The family nurse was first described from World Health Organisation in the document »Health 21« in 1999. It also describes the profile of the community nurse. The family, an individual, the community and the interaction between them are the focus of community health care.

The aim of the thesis is to examine and compare advantages and disadvantages of primary health care in Slovenia and Italy. Research was based on descriptive research method and comparison research method of domestic and foreign literature.

In addition, we found that in Italy health care is much more related to social care services, which is more involved already in the basis of primary care. But in our health care is at the forefront prevention and health education of giving birth mother their newborn infant and individual of other age groups.

Key words: community nurse, family, community, health care.

## 1 UVOD

Delo patronažnih medicinskih sester, ki človeka spremljajo od njegovega rojstva do smrti, je zelo odgovorno, saj prihajajo k ljudem na dom. S tem, ko vstopijo vanj, prestopijo tisti zadnji prag zasebnosti. Zavedajo se, da mora biti ponujena pomoč strokovna, tesno prežeta z občutkom za stiske, potrebe in čustva človeka, ki naj bi to pomoč sprejel (1).

Pri uresničevanju strategije Svetovne zdravstvene organizacije »Cilji za vse za 21. stoletje« imajo pomembno vlogo medicinske sestre, predvsem v lokalni skupnosti. Zdravje skupnosti pomeni skupno doseganje najvišje stopnje fizičnega, mentalnega in socialnega zdravja, ki je v skladu z dosegljivim znanjem in sredstvi, zato je v praksi patronažnega zdravstvenega varstva v ospredju zdrav ali bolan/poškodovan posameznik, njegova družina in skupnost. Obravnavani so v okolju kjer bivajo, se učijo, igrajo in delajo. Ne glede na to, ali je uporabnik zdravstvene nege posameznik, družina ali skupnost, se uporablja enoten metodološki pristop. To je procesna metoda dela. Tudi frekvenca kurativnih patronažnih obiskov in trajanje zdravstvene nege je odvisna od zdravstvenega stanja pacienta in njegovih socialno-ekonomskih zmožnosti. V izvajanje zdravstvene nege pacienta na domu se po presoji medicinske sestre v patronažnem varstvu vključuje tehnik zdravstvene nege (zaključen program srednjega izobraževanja, smer tehnik zdravstvene nege) (2).

Cilj diplomske naloge je ugotoviti in predstaviti prednosti in slabosti primarnega zdravstvenega varstva Republike Slovenije v primerjavi s sistemom v Republiki Italiji. Naloga je izdelana z namenom ugotoviti prednosti italijanskega primarnega zdravstvenega varstva, ki bi jih lahko vgradili v naš sistem primarnega zdravstvenega varstva.

## **2 ZDRAVSTVENO VARSTVO**

Organizacijska in funkcionalna zgradba sistema zdravstvenega varstva v Sloveniji je dobra in ne potrebuje revolucionarnih sprememb. Sistem je do sedaj zadovoljivo deloval. Potrebuje pa spremembe, ki bi omogočale prilagajanje političnim, ekonomskim in demografskim spremembam v Sloveniji in državah Evropske unije. Potrebna je odločnejša dolgoročna usmeritev Slovenije v gospodarsko rast in nova delovna mesta ter z njimi povezana drugačna porazdelitev razpoložljivih virov. Ta zdravstvenemu sistemu ne narekuje kvantitativni razvoj, pač pa kvalitativni. To bomo dosegli z različnimi aktivnostmi na mnogih področjih, za katere si mora zdravstvena politika prizadevati, da se pri ljudeh krepí skrb in odgovornost za lastno zdravje, zdravje družine in zdravje delovno aktivnega prebivalstva (3).

### **2.1 PRIMARNO ZDRAVSTVENO VARSTVO**

V zdravstveni dejavnosti naj bi več pozornosti usmerili na področja t.i. primarnega zdravstvenega varstva (krepitev in ohranitev zdravja, preprečevanje bolezni in poškodb, zdravstvena samopomoč, primarna raven zdravstvene dejavnosti) ter zasnovi integrirane medicine, medtem ko se naša zdravstvena politika ukvarja predvsem z zdravstveno dejavnostjo na sekundarni (specialistična ambulanta in bolnišnična dejavnost) in terciarni (dejavnost klinik in inštitutov) ravni. Manj pozornosti namenjamo zdravstveni dejavnosti na primarni ravni (osnovna zdravstvena dejavnost, lekarniška dejavnost) ter preventivi. Navedene zdravstvene dejavnosti v zadovoljivi meri opravlja javni zdravstveni zavod Zdravstveni dom, ki je kompetenten za naloge integriranega preventivnega in kurativnega centra na primarni ravni zdravstvene dejavnosti in je med večjimi pridobitvami javnega zdravstva v zadnjem stoletju. V zdravstvenem domu dobijo ljudje najbolj celovito preventivno in kurativno zdravstveno oskrbo na enem mestu (3).

Glede na navedeno naj bi zdravstveni dom postal sodobni, integrirani socialno-medicinski center, v skladu z novimi usmeritvami pa center za promocijo zdravja s poudarkom na preventivni skrbi za zdravje. Tudi najbolj razvite države na svetu utemeljujejo svoje zdravstvene sisteme na načelu timskega dela in osnovni zdravstveni dejavnosti, usmerjeni v

skupnost. Slovenija je bila dolga leta na tem področju pred razvito Evropo, ni pa pravočasno upoštevala priporočil Svetovne zdravstvene organizacije v smislu krepitve timskega dela in potrebe po izobraževanju vseh članov tima. Medtem ko imamo kakovostno specializacijo iz družinske medicine, medicinska sestra ostaja administrator, ki ji zaradi preobremenjenosti primanjkuje časa za delo s pacientom (4).

### **3 ZAKON O ZDRAVSTVENEM VARSTVU REPUBLIKE SLOVENIJE V PRIMERJAVI Z ZAKONOM ZDRAVSTVENEGA VARSTVA V ITALIJI**

#### **3.1 Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni v Republiki Sloveniji**

Patronažna medicinska sestra obravnava posameznika, družino in skupnost na osnovi Pravilnika za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (5).

Pravico do patronažnega varstva na primarni ravni uveljavljajo zavarovanci v pooblašeni patronažni službi zdravstvenega zavoda svojega določenega zdravstvenega območja.

V Sloveniji je v obvezno zdravstveno zavarovanje (v nadaljevanju OZZ) vključeno vse prebivalstvo in tako naj bi tudi ostalo. Zavarovanje izvaja Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju ZZZS) kot javni zavarovalni zavod. Obsegu in vsebini pravic iz OZZ mora biti prilagojena tudi mreža javne zdravstvene službe na vseh ravneh zdravstvene dejavnosti. Izdatki za zdravstvo nenehno naraščajo, ne glede na ekonomske razmere in stiske javnih financ. Slovenija je med tistimi članicami Evropske unije, ki dajejo za zdravstvo relativno veliko denarja. Še vedno ima mrežo javne zdravstvene službe, ki je nastajala bolj ali manj spontano, v zadnjih desetletjih (3).

Delo patronažne službe je usmerjeno predvsem v obravnavo območja kot celote, s tem pa tudi v obravnavo posameznika, družine in skupnosti v pacientovem življenjskem okolju. Nezavarovane osebe, prav tako kot zavarovane, imajo pravico do obravnave s strani patronažne medicinske sestre, saj gre pri tem za zdravstveno zaščito pacientov samih in vseh ostalih zavarovancev. Storitve patronažnih medicinskih sester se v tem primeru krijejo iz drugih virov. Poglobljeno individualno in družinsko obravnavo zahtevajo predvsem posebne skupine prebivalstva, ki to potrebujejo zaradi svojih bioloških lastnosti (dojenčki, šolarji, nosečnice, starostniki itd.), spremenjenih pogojev življenja in socialne ogroženosti

(priseljenci, brezdomci itd.) ter zaradi zdravstvene ogroženosti (invalidi in kronični bolniki) in drugega.

Patronažna medicinska sestra vodi za posamezno družino patronažni karton družine z naslednjimi dokumentacijskimi obrazci: zdravstveno socialna anamneza družine, dokumentacijski obrazci posameznih varovancev (otroški list, list nosečnice, list bolnika, list starostnika, načrt patronažne zdravstvene nege, funkcionalno zdravstveno stanje varovanca, obvestilo patronažni službi zdravstvene nege). Za področje lokalne skupnosti pa vodi evidenco vitalne statistike, epidemiološko sliko lokalne skupnosti in ostale dokumentacije, ki jo zahteva sama organizacija dela (protokol bolnikov in ostali podatki) (5).

Zakon narekuje število in namen obiskov (5), in sicer:

- šest patronažnih obiskov pri dojenčku v prvem letu starosti (dva dodatna obiska pri dojenčkih slepih in invalidnih mater do 12. meseca otrokove starosti ter en obisk v 2. in 3. letu starosti,
- dva patronažna obiska na leto pri slepih in slabovidnih z dodatnimi motnjami v starosti od 7 do 25 let, ki so v domači oskrbi,
- dva obiska patronažne sestre pri otročnici in en obisk pri nosečnici,
- dva patronažna obiska na leto v družini bolnika z aktivno tuberkulozo,
- dva obiska na leto pri bolniku z mišičnimi, živčno-mišičnimi boleznimi, paraplegijo, tetraplegijo, multiplo sklerozo, cerebralno paralizo, osebah z motnjami v razvoju,
- dva patronažna obiska na leto pri kroničnem bolniku ter
- dva obiska na leto pri varovancih, starih nad 65 let, ki so osameli in socialno ogroženi.

### **3.2 Kadrovske in delovne normative v patronažni zdravstveni negi v Republiki Sloveniji**

Po zakonu so v Republiki Sloveniji določeni naslednji normativi, ki naj bi bili osnova za načrtovanje zdravstvenega varstva odraslih:

- ciljnih 1650 zavarovancev ali 515 družin na medicinsko sestro, usposobljeno za patronažno delo,
- minimalnih 3000 zavarovancev ali 930 družin na medicinsko sestro, usposobljeno za patronažno delo (5).



Patronažna varstva so organizacijske službe znotraj zdravstvenih zavodov in jih vodijo strokovnjaki zdravstvene nege z najmanj višjo izobrazbo. Nosilka patronažne zdravstvene nege je medicinska sestra z višjo ali visoko izobrazbo ali specialistka patronažne zdravstvene nege. V izvajanje zdravstvene nege bolnika na domu se lahko vključijo tudi zdravstveni tehniki (s srednjo izobrazbo) (5).

### **3.3 Zakon v Republiki Italiji**

V Italiji so v drugi polovici 20. stoletja sledili razvoju treh zdravstvenih reform. Zadnja povezana z zdravstvenim varstvom je iz leta 2000 – zakon št. 328 (6).

Leta 1978 je v Italiji prišlo do velikih sprememb, ko so bili v okviru psihiatrične reforme priznani bolniki z duševnimi boleznimi. V decembru leta 1978 se je parlament končno odločil o ustavni pravici po 32. členu in pripravil zakon št. 833, ki zagotavlja pravico do zdravja vsakemu prebivalcu in tako zagotovil dostop v nastajajoči »Nacionalni zdravstveni službi« (it. Servizio Sanitario Nazionale). V letih 1992 in 1993 je italijanski Parlament potrdil 2. zdravstveno reformo z odlokoma 502 (7) in 517. Ta reforma je nekako preuredila organizacijski sistem prve, kljub temu pa je obdržala osnovne principe. Država določa normative obveznega zdravstvenega varstva, ki jih morajo regije upoštevati; le-te imajo nalogo programirati, organizirati in finančno upravljati ob popolni svobodi glede izbire, vendar z obveznim uravnoteženim proračunom in brez znižanja kvalitete ponujenih storitev. Področne zdravstvene službe postanejo tako lokalne zdravstvene službe in bolnišnice.

V zvezi s preprečevanjem bolezni 7. člen zakona predvideva ustanovitev oddelkov za preprečevanje nenalezljivih kroničnih bolezni v okviru službe za javno zdravstvo. Področja dela oddelka za preprečevanje nenalezljivih kroničnih bolezni so: higiena in javno zdravje, preprečevanje bolezni in varnost v delovnem okolju, higiena živil in veterina. V nadaljevanju je Parlament leta 1999 izdal odlok št. 229 (7), kjer je ponovno v ospredju vrednota zdravja na določenem območju (že uveljavljen z reformo leta 1978). Nekatere regije so te navedene reforme zavrnille, druge regije pa jih izvajajo deloma in prilagojeno območju. Vsaka regija se namreč lahko odloči, kako bo delovala (7).

Osnovno zdravstveno zavarovanje v Italiji je neobvezno, fakultativno, nudi pa ga večina zavarovalnic. Temeljno načelo osnovnega zdravstvenega zavarovanja je, da v skladu z višino

plačila in izbiro premije zavarovancu in njegovi družini nudi kritje storitev za zdravljenje določene vrste bolezni. V skladu z zahtevami Svetovne zdravstvene organizacije je v Italiji od leta 1978 v veljavi zakon, ki zagotavlja vsem državljanom dostop do diagnostike in zdravljenja v javnih ustanovah. Sistem deluje preko plačevanja davkov. Za dodatne preiskave pacienti vplačujejo dodatne prispevke, za katere so oproščeni kronični ter invalidni pacienti (8).

## 4 PATRONAŽNO VARSTVO

Patronažno zdravstveno varstvo je del javnega zdravstva in sodi med storitve zdravstvenega zavarovanja. Najpogosteje se izvaja na pacientovem domu, lahko pa tudi v zdravstvenem domu in v lokalni skupnosti. Služba deluje med 7. in 20. uro, ob nedeljah in praznikih pa po načrtu (9).

### 4.1 Zgodovinski pregled razvoja patronažne službe

Predstavili bomo zgodovinski pregled razvoja patronažne službe v Italiji in Sloveniji.

#### 4.1.1 Medicinske sestre v Italiji

Nekoč so nego na domu izvajali predvsem laiki in svojci. Potrebe po šolanju in izobraževanju ni bilo. Zdravstvena nega je dobila pomen šele z razvojem medicine.

Na začetku 19. stoletja so se v Italiji oblikovale prve skupine medicinskih sester, z namenom izboljšati delovne pogoje in za strokoven pristop medicinskih sester. Pod okriljem novo ustanovljenega »Mednarodnega konzilija medicinskih sester« (ustanovljen leta 1901) so se tudi drugje v tem času oblikovala strokovna združenja diplomiranih medicinskih sester (10).

V Italiji je bilo ustanovljeno tako imenovano združenje »Ženska zveza«, katera se je izločila namenom sindikalnih združenj. Njeno delovanje je bilo usmerjeno v varovanje in iskanje novih laičnih poklicev, ki bi podpirali stare karitativne like. V prvem desetletju 19. stoletja je Anna Celli izdala natančno analizo stanja dela medicinskih sester. Ugotovila je, da so bile medicinske sestre, ki so opravljale delo v bolnišnicah, neizobražene in slabo plačane. Anna Celli, medicinska sestra in feministka iz vrst buržoazije, se ni osredotočala le na slabosti in pomanjkljivosti. Zagovarjala je, da je za poklic medicinske sestre nujno potrebno opraviti šest mesečni pripravljalni tečaj, katerega se lahko udeležijo ženske s končano osnovno šolo in s potrdilom o nekaznovanosti (11).

Kljub njenim ugotovitvam in prizadevanjem, delovanje Anne Celli ni prineslo pričakovanih rezultatov. Potrebno je bilo počakati na ustanovitev prvih šol za medicinske sestre, ki so nastale na pobudo medicinskih sester v Angliji. Na začetku 20. stoletja je v Italiji obstajalo malo šol za medicinske sestre. Ustanovile so jih učenke Florence Nightingale, po modelu, ki je bil že poprej uspešno izpeljan v Angliji zaradi potrebe po preoblikovanju zdravstvene nege v Italiji. Kot primer navajamo šolo Modri križ v Neaplju pod vodstvom Miss Grace Baxter in internatno šolo Milanske Princeze Iolande, ki jo je kasneje vodila organizacija Rdečega križa Italije. Šolanje je bilo dvoletno, s priznano izobrazbo srednje šole prve stopnje. Zaradi pomanjkanja kadra je bil omogočen tudi vpis s končano osnovno šolo. Kandidatke so morale skozi dvomesečno preizkusno dobo v praksi, na podlagi katere so ugotovili ali je oseba strokovno in moralno primerna za poslanstvo medicinske sestre. Tudi v Italiji je bil poklic medicinske sestre izrazito namenjen ženskam. Vključevale so se predvsem predstavnice srednjega družbenega sloja. V tovrstnih šolah je bilo težiščno usposabljanje s kliničnimi vajami v velikih bolnišnicah. Zaradi potrebnega oblikovanja ustreznih moralnih vrednot je bilo šolanje organizirano v internatu. Zaradi premajhnega števila ustreznih šol in zahtevnosti ter strogih meril šolanja, pa je bilo število medicinskih sester glede na potrebe družbe v Italiji nizko (12).

Patronažna služba se je v Italiji uveljavila v 90. letih 20. stoletja. Svoje mesto je našla zlasti med operativnimi dejavnostmi Zdravstvenega doma (13).

#### **4.1.2 Medicinske sestre v Sloveniji**

V Sloveniji je razvoj patronažne zdravstvene nege potekal zelo hitro in ustvarjalno. Odvijal se je na področju celotne Jugoslavije. Prioriteta razvoja patronažne službe je bila usmerjena predvsem v babištvo.

Razvoj babištva sega v čas Marije Terezije, ki je zagovarjala, da je za izvajanje zdravstvene nege potrebno znanje in je tako leta 1754 ustanovila prvo babiško šolo v Ljubljani in Celovcu. Poleg šole v Ljubljani in Celovcu sta bili na ozemlju slovenskih pokrajin ustanovljeni tudi šola v Gradcu leta 1759 in šola v Trstu leta 1815. Pravo strokovno podlago zdravstvene nege je v tedanji Evropi omogočila ustanoviteljica strokovne zdravstvene nege Florence Nihtingale, ki je leta 1860 ustanovila prvo šolo za bolniške negovalke v bolnici Sant Thomas v Londonu.

Leta 1987 je bil ustanovljen prvi dispanzer v Edinburghu in leta 1982 prva služba za preventivo v Angliji. Pomembno vlogo pri razvoju zdravstvene nege na Slovenskem vsekakor velja dodeliti Angeli Boškin (6.6.1885–28.7.1977), naši prvi medicinski sestre, prvi patronažni sestre in socialni delavki (14).

Poklic medicinske sestre prvič zabeležimo v odločbi Narodne vlade Republike Slovenije v Ljubljani, ki je v oddelku za socialno skrb izdala dekret o nastavitvi prve skrbstvene sestre. Pionirsko delo na področju dela medicinske sestre je pričela opravljati Angela Boškin, ki jo z vsem spoštovanjem imenujemo tudi slovenska Florence Nightingale (15).

Angela Boškin je po enoletnem šolanju na Dunaju leta 1918 prejela diplomu skrbstvene sestre in je po razpadu Avstro-Ogrske monarhije v domovini stari Jugoslaviji z nazivom skrbstvene sestre pričela z delom v delavskih centrih na Jesenicah. Z njeno nastanitvijo je bil 27. januarja 1919 v takratni državi napisan prvi dekret o nastanitvi skrbstvene sestre. Iz dekreta izhajajo naloge, da obiskuje matere, ki so na porodu, jih navaja, da gledajo ob času poroda na higienična določila in da jih poučujejo o pravilni negi z dojenčkom.

Njen delovni program pa je bil: hišni obiski družin z novorojenci, poučevanje mladih mater glede nege otroka, širjenje zdravstvene vzgoje med prebivalci, usmerjanje socialne pomoči in posredovanje zdravniške pomoči ljudem, ki so jo potrebovali. Njeno poklicno pot je nato iz Jesenic nadaljevala v Ljubljani, kjer je pomagala pri urejanju otroškega zavetišča, nato pa je v Trbovljah delovala v posvetovalnici za matere in otroke. Ob koncu življenjskega dela je v Škofji Loki delala v protituberkuloznem dispanzerju. Prvo strokovno združenje medicinskih sester je v naši domovini bilo ustanovljeno 27. novembra 1927, njena soustanoviteljica in dolgoletna predsednica pa je bila ravno Angela Boškin. (16).

Leta 1919 je v Jugoslaviji deloval Andrija Štampar, ki velja za organizatorja zdravstvenega varstva v Jugoslaviji. Podpiral je delo medicinskih sester in jim omogočil izobraževanje v tujini. Med medicinskimi sestrami, ki jih je Štampar podpiral, je bila tudi Luiza Jovanović-Vagner, katera je leta 1930 ustanovila središče za socialno higieno in patronažno službo. Zagrebške medicinske sestre so združevale socialno zdravstveno delo in opravljale polivalentno terensko službo.

Med 2. svetovno vojno je patronažno delo zamrlo. Po vojni pa se je zelo razvilo zdravstveno varstvo usmerjeno v zmanjševanje umrljivosti novorojenčkov ter obolevnosti za tuberkulozo in trahomom (14).

Zdravstvena nega nosečnice, otročnice in novorojenčka je ena izmed najstarejših oblik patronažne dejavnosti v družinah. Po drugi svetovni vojni je bila organizirana kot monovalentna patronažna služba. Nosečnico, otročnico in novorojenčka so obiskovale babice, ki so delovale v okviru Dispanzerja za žene (17).

Leta 1948 je bila ustanovljena Svetovna zdravstvena organizacija, v kateri je sodeloval tudi Andrija Štampar. Prioriteto je dobilo izvenbolnišnično zdravljenje, enotna zdravstvena politika ter krepitev zdravja. Leta 1956 je v Jugoslaviji izšel zakon o zdravstvenih domovih, ki organizirajo patronažne centre. Leta 1962 Zavod Socialistične Republike Slovenije za zdravstveno varstvo sprejme prva strokovna navodila za organizacijo in delovanje patronažnega zdravstvenega varstva. Zakon o zdravstvenem varstvu iz leta 1974 uzakoni tudi patronažno službo z vsemi dejavnostmi. S tem postane nekdanja monovalentna patronažna služba polivalentna, z babiško nego in zdravstveno nego pacienta na domu. Strokovno gre razvoj patronažne službe v 21. stoletju v razvoj timskega dela (14).

## **4.2 Patronažna zdravstvena nega**

Patronažna zdravstvena nega je integralni del primarne zdravstvene nege in s tem primarnega zdravstvenega varstva. Izvaja se na pacientovem domu, v zdravstvenem domu, v lokalni skupnosti in na terenu.

S patronažno zdravstveno nego se dosegajo naslednji cilji:

- fizično, duševno, duhovno in socialno zdravje ter dobro počutje v socialnem in ekološkem okolju,
- ohranjeno in izboljšano zdravje,
- zdrav način življenja,
- zdravo okolje in izboljšano okolje,
- povečan človekov potencial za samopomoč in sosedsko pomoč,
- zmanjšano zbolevanje,
- preprečene ali zmanjšane posledice bolezni in dejavnikov tveganja,
- prepoznane človekove fizične, duševne, duhovne, kulturne in socialne potrebe v času zdravja in bolezni, človekove nezmožnosti in umiranja (2).

Vsaka patronažna sestra naj bi pokrivala teren s približno 2400 prebivalci. Patronažne medicinske sestre potrebujejo za izvajanje svojega dela ustrezno torbo (nahrbtnik), torbo za obiske novorojenčka, v zadnjem času zelo pogosto tudi tehtnico za tehtanje novorojenčkov in po potrebi aparat za merjenje protrombinskega časa. Danes se veliko govori o kontinuirani zdravstveni negi, kar pomeni, da je pacient spremljan ves čas □ od odpusta iz bolnišnice do zaključka obravnave. Prenos informacij o pacientu pa mora biti natančen, podroben, pravočasen in povraten. Patronažne sestre so tako ves čas v povezavi z drugimi strokovnjaki (9).

Patronažna medicinska sestra se poslužuje celostnega pristopa pri obravnavi posameznika, ne glede na to, kateri skupini ta pripada. Tako se pri obravnavi bolnega pacienta na domu ne posveča samo njemu, ampak tudi njegovi najožji družini. Storitve zdravstvene nege se izvajajo na podlagi delovnega naloga osebne zdravnika, dežurnega zdravnika ali specialista ter zdravnika, ki je pacienta obravnaval v bolnišnici. Delovni nalog mora biti pravilno izpolnjen. Strokovna opravila zdravstvene nege pacienta na domu so postopki zdravstvene nege in medicinsko-tehnični posegi (1).

V svetu poznajo tudi tako imenovano »Družinsko medicinsko sestro« (angl. Family nurse), ki pa deluje podobno kot patronažna medicinska sestra □ je del zdravstvenega in negovalnega tima, pogosto tesno sodeluje z zdravnikom družinske medicine in je nosilka predvsem preventivnih dejavnosti (zdravstvene vzgoja, promocija) (9).

Patronažna medicinska sestra koordinira delo :

- s službami v zdravstvenem domu:
  - o z izbranim zdravnikom (nalog za zdravstveno nego pacienta za izvajanje diagnostično-terapevtskega programa, poročanje o zdravstvenem stanju pacienta ter o stanjih, razmerah v družini ter sodelovanje oziroma urejanje dodatka za pomoč in postrežbo),
  - o z drugimi zdravstvenimi timi glede na specifiko pacienta (novorojenček, dojenček, predšolski otrok, šolar in mladostnik, odrasli zdrav ali bolan posameznik, invalidi, starostnik itd.),
- s službami na sekundarni in terciarni ravni zdravstvene dejavnosti (povezanost s službo zdravstvene nege, odpustna dokumentacija, obvestilo patronažni službi o zdravstvenem stanju pacienta, odpustnica iz porodniške, ki vključuje obvestilo o novorojenčku in otročnici itd.),

- z drugimi službami in organizacijami izven zdravstvenega doma, ki kadarkoli lahko pripomorejo k optimalni rešitvi stanj, razmer pri posamezniku in družini: Zavod za oskrbo na domu, Rdeči križ, Center za socialno delo, lokalna skupnost, dom starejših občanov in podobno (2).

### 4.3 Področja patronažnega varstva

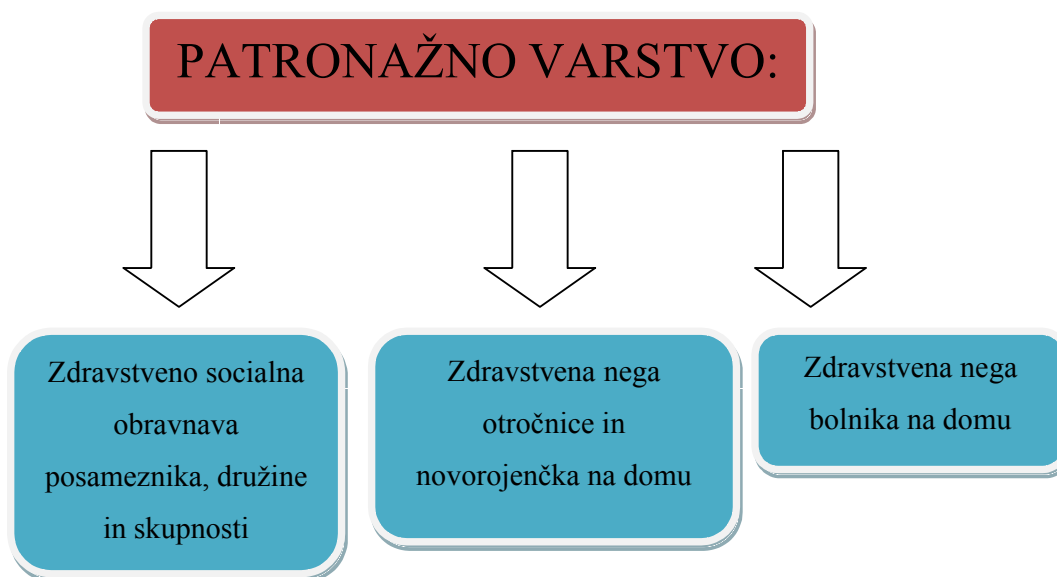
V celotnem procesu patronažne zdravstvene nege so subjekt obravnave posameznik, njegova družina in skupnost (18).

Posameznik in člani ožje in širše skupnosti so o vsem informirani, pripravljeni za aktivno sodelovanje in zaupajo v delo patronažne medicinske sestre.

Področja dela v patronažnem varstvu so:

- zdravstveno-socialna obravnava posameznika, družine in skupnosti,
- zdravstvena nega otročnice in novorojenčka na domu,
- zdravstvena nega bolnika na domu (2).

Prikazujemo jih tudi v sliki 1.



Slika 1: Področja patronažnega zdravstvenega varstva (2)



Zdravstvena nega pacienta na domu predstavlja pomoč patronažne medicinske sestre bolnemu ali drugače prizadetemu pacientu na domu pri izvajanju osnovnih življenjskih dejavnosti. Izvaja se na osnovi naročila izbranega ali pooblaščenega zdravnika. Frekvenca kurativnih obiskov in trajanje zdravstvene nege sta odvisna predvsem od zdravstvenega stanja pacienta.

Naloga patronažne medicinske sestre, ki izvaja zdravstveno nego na domu, je, da pacientu pomaga, ga uči samooskrbe in ga pri tem podpira (1).

Obisk pacienta na domu je odvisen od tega, ali patronažna medicinska sestra pacienta že pozna, ali gre za prvi obisk, ali gre za planiran obisk, ali pa za obisk po naročilu zdravnika (9).

Na področju zdravstvene nege nosečnice, otročnice in novorojenčka so patronažne medicinske sestre samostojne in zagotavljajo kontinuirano zdravstveno nego. So pa tudi pomemben člen v verigi služb, ki skrbijo za rojstvo zdravega otroka in njegov normalen razvoj v biosocialnem okolju. Zdravstveno varstvo nosečnice se uvršča med prioritete naloge zdravstva, saj spadajo med tiste kategorije prebivalstva, ki zaradi svoje občutljivosti zahtevajo še prav posebno pozornost. Patronažna medicinska sestra nosečnico običajno obišče na njenem domu v zadnjem tromesečju nosečnosti in jo obravnava z vidika patronažne zdravstvene nege s poudarkom na zdravstveno vzgojnem delovanju. Otročnico in novorojenčka obišče patronažna medicinska sestra drugi dan po odpustu iz porodnišnice, tudi ob nedeljah in praznikih in s tem zagotovi neprekinjeno zdravstveno nego (19).

#### **4.4 Zdravstvena vzgoja v patronažnem zdravstvenem varstvu**

Medicinska sestra v patronažnem varstvu, ki je članica negovalnega in zdravstvenega tima, deluje na vseh ravneh zdravstvene vzgoje: primarni, sekundarni in terciarni ravni, ter promovira zdravje pri posamezniku, družini in celotni populaciji. Naloga medicinske sestre je predvsem zdravstvena vzgoja □ permanenten proces, človeka pa spremlja od spočetja, prek nosečnosti, rojstva, dobe otroštva in odraščanja, vse do odraslosti in starosti. Za vsako obdobje ima specifične potrebe po znanju. Medicinska sestra v patronažnem varstvu mora slediti potrebam, razmeram oziroma stanju pri posamezniku, družini ali skupnosti, se jim prilagajati in jih skupaj z njimi zadovoljevati (2).

Zdravstvena vzgoja spada v področje javnega zdravstva. Je metoda dela v preventivni medicini in zdravstvenih strokah, ki se razvijajo ob medicini. To so zdravstvena nega, fizioterapija, delovna terapija in sanitarno inženirstvo. Na primarni ravni je namenjena zdravemu prebivalstvu. Njena naloga je obveščati ljudi o dejavnikih, ki ogrožajo zdravje in so značilni za določen prostor in čas. Prav tako obvešča o tistih dejavnikih, ki zdravje vzdržujejo ali ga povrnejo. Na sekundarni ravni zajema rizične skupine prebivalstva, vendar še zmeraj zdrave ljudi. Njena naloga je opozarjati na dejavnike, ki ogrožajo zdravje, kateri izhajajo iz delovnega ali življenjskega okolja ali iz značilnosti življenjskega obdobja. Ljudi opozarjajo tudi na prve znake obolenja in jih tako pripravijo na pravočasno ter pravilno ukrepanje, da ne bi prišlo do ogrožanja zdravja. Nosilci so šole za starše, vse zdravstvene ustanove in zdravstveni delavci, predvsem pa dispanzerji, patronažna služba, ciljna literatura z razumljivimi in ne preobsežnimi informacijami, ter tudi sredstva obveščanja in sodelovanje v tematskih revijah. Na terciarni ravni pomeni skrb za ljudi, pri katerih je že prišlo do določene spremembe oziroma je zdravje že prizadeto. Na tej ravni so nosilci zdravstveno vzgojnih dejavnosti bolnišnice, inštituti, zdravilišča, patronažna služba, dispanzerji, ciljna literatura in so pomembna pomoč rizičnim skupinam zdravljenih ljudi s podobnimi težavami. Iz navedenega lahko ugotovimo, da mora biti zdravstvena vzgoja prisotna na vseh ravneh zdravstvenega varstva. Temelji na ustrezni zakonodaji □ Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, natančneje pa na navodilih za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni iz leta 1998 in dopolnjene izdaje iz leta 2002 (20).

Patronažna medicinska sestra s promocijo zdravja spodbuja ljudi, da postavijo zdravje na najvišje mesto na lestvici človekovih vrednot, aktivno skrbijo zanj in imajo večji vpliv na ekonomske in socialne dejavnike zdravja. Vključuje se v vsa področja promocije zdravja: preventivno delo, delo v lokalni skupnosti, organizacijsko delo, okoljevarstveno delo, javnozdravstveno politiko, ekonomsko pravno in izobraževalno delo (2).

Kljub temu, da politika in medicinska stroka neprestano poudarjata prednost preventive pred kurativo, živi javno zdravje v praksi na obrobju pozornosti zdravstvene politike razvitega sveta. Skrb za zdravje je prepuščeno pretežno drugim, zdravstvena politika pa se prednostno ukvarja z delovanjem in financiranjem kurativne zdravstvene dejavnosti v javni zdravstveni službi. Če se zdravstvene politike evropskih držav ne bodo dolgoročno usmerile v zdravje in

preprečevanje bolezni in poškodb, ne bo nobena država imela dovolj finančnih sredstev za zdravstvo (3).

Medicinska sestra ima pomembno vlogo v okviru sodobnega pristopa v zdravstveni negi, torej v procesu zdravstvene nege, ko je pri vsaki življenjski dejavnosti vključeno tudi učenje za pridobivanje zdravih vzorcev obnašanja. Kot primer lahko navedemo prehranjevanje: učenje in oblikovanje zdravih vzorcev prehranjevanja □ razpored in sestava obrokov, ter način uživanja hrane. Ko varovancu pomaga pri vzdrževanju telesne čistoče, ga uči tudi osebne higijene, o pripomočkih, načinu in pogostnosti izvedbe ipd. Vzorci obnašanja so pomembni tudi pri spanju, izločanju in komuniciranju (20).

#### **4.5 Dokumentiranje v patronažni zdravstveni službi v Sloveniji**

Sodobna zdravstvena nega zahteva sprotno pisno dokumentiranje. Dokumentacija predstavlja osnovo za procesno metodo dela. Potrebna je za usklajevanje dela, za zagotavljanje kontinuitete zdravstvene nege, nenazadnje pa omogoča tudi ocenjevanje učinkovitosti, uspešnosti in kakovosti zdravstvene nege. Določena dokumentacija ali obrazci so zakonsko predpisani: zdravstveno socialna anamneza družine, dokumentacijski obrazci posameznih varovancev (otroški list, list nosečnice, list bolnika, list starostnika, načrt patronažne zdravstvene nege ...) (1).

Dokumentiranje vsakodnevnega dela v patronažni zdravstveni negi zagotavlja neprekinjenost dela medicinske sestre v patronažnem varstvu, zato je v procesu zdravstvene nege nepogrešljivo v vseh fazah. V patronažni zdravstveni negi poteka ročna obdelava podatkov v predpisane dokumente, ki so zastareli in ne upoštevajo potreb in razvoja stroke. Dokumentacijo izpolnjuje medicinska sestra ročno, običajno naslednji dan po obravnavi pacienta. Hitrost dostopa in redundanca podatkov v dokumentaciji patronažne zdravstvene nege nista v prid dosedanje metode dela. Računalniška obdelava podatkov že obstoji v praksi patronažnega varstva, vendar pa ta zajema obračunski in statistični del (21).

Patronažno varstvo Slovenije je glede uporabe negovalnih diagnoz na zavidljivem nivoju. K temu je doprinesla tudi samostojnost in zahtevnost dela (22).

## **4.6 Oskrba pacientov z duševnimi motnjami v Sloveniji**

Obravnava duševnih pacientov v skupnosti je enako pomemben del sodobne obravnave duševnih motenj kot institucionalna obravnava. Dokazano izboljšuje sodelovanje pacientov v zdravljenju, preprečuje pogoste ponovitve bolezni, izboljša pa tudi skupen izid v smislu preprečevanja kronifikacije in samo kakovost življenja. V Sloveniji so programi obravnave v skupnosti šele v povojih, mreža zunanjih služb pa je skromna in slabo povezana. Obravnava v skupnosti je uzakonjena z Zakonom o duševnem zdravju iz leta 2009, ki določa pogoje obravnave v skupnosti, v členih 93 do 96. Predvideva koordinacijo služb, koordinatorja obravnave v skupnosti in zdravstvenega delavca, zaposlenega na centru za socialno delo (23).

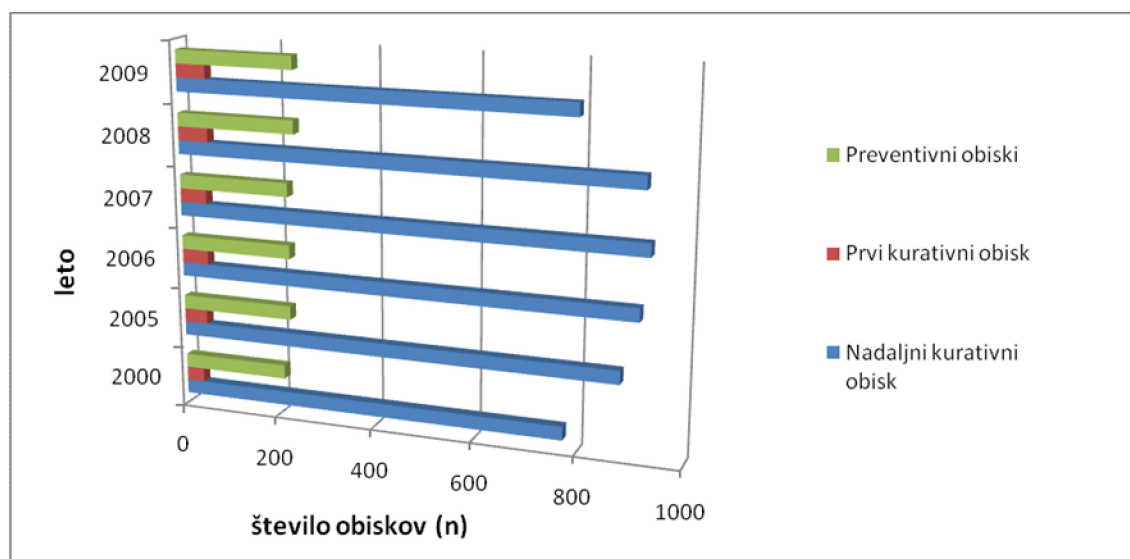
Temeljna obravnava je obisk in posvet s pacientom na domu ali v skupnosti najmanj dvakrat mesečno ter povezovanje s službami, ki pacienta že obravnavajo. Najpogosteje sodelujejo z ambulantnim psihiatrom, splošnim zdravnikom, patronažno službo, centri za socialno delo, nevladnimi organizacijami itd. (24).

## **4.7 Kurativni in preventivni obiski v patronažnem zdravstvenem varstvu v Sloveniji**

Kurativni obisk je namenjen zdravljenju določene bolezni ali stanja. Lahko se opravi na različnih ravneh zdravstvenega varstva in na različnih strokovnih področjih. Kurativni obiski ne vključujejo svetovanja po telefonu, hišnih in triažnih obiskov. Preventivni obisk je aktivni zdravstveni nadzor in spremljanje zdravstvenega stanja posameznika ali določenih skupin prebivalcev. Lahko se opravi na različnih ravneh zdravstvenega varstva in na različnih strokovnih področjih. Ne vključujejo drugih preventivnih aktivnosti, kot so na primer timsko delo in posveti (25)

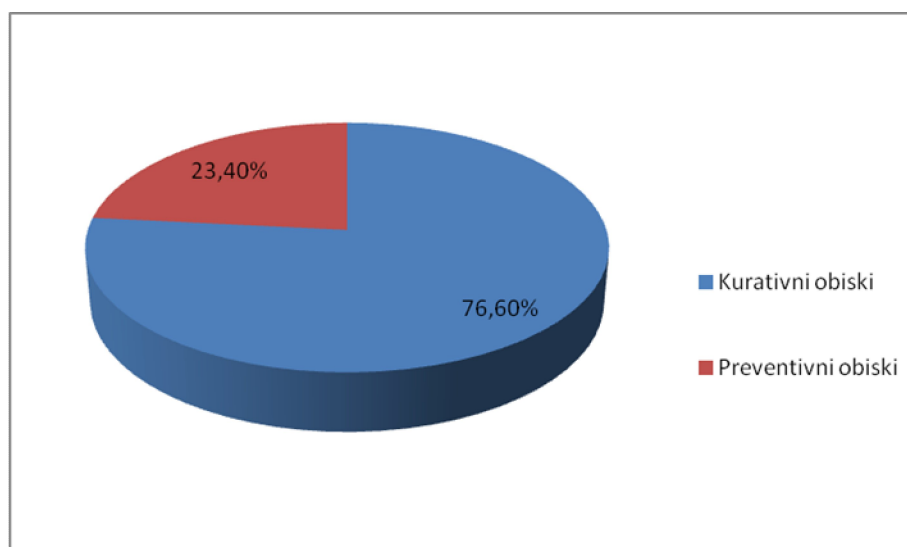
**Preglednica 1: Število opravljenih kurativnih in preventivnih obiskov v patronažnem zdravstvenem varstvu 2000 - 2009 na 1000 prebivalcev Republike Slovenije (25)**

	2000	2005	2006	2007	2008	2009
število kurativnih obiskov (na 1000 prebivalcev)	774	879,9	913	930	919	794
Število prvih kurativnih obiskov (na 1000 prebivalcev)	36	47,7	54,1	54,9	62	61
Število preventivnih obiskov (na 1000 prebivalcev)	213	227,7	229	227	242	242



**Slika 2: Grafični prikaz in izvedbe preventivnih in kurativnih obiskov za obdobje od 2000 do 2009 na 1000 prebivalcev Republike Slovenije (25)**

V preglednici 1 in sliki 2 je prikazano število kurativnih in preventivnih patronažnih obiskov. V Sloveniji opravi patronažna medicinska sestra več kurativnih kot preventivnih obiskov letno, vendar pa število slednjih z leti narašča.



**Slika 3: Kurativni in preventivni obiski v patronažnem varstvu v letu 2009 na 1000 prebivalcev Republike Slovenije (25)**

V letu 2009 so patronažne medicinske sestre opravile 1036,2 patronažnih obiskov na 1000 prebivalcev. Od tega je bilo 76,6% kurativnih obiskov, preostalih 23,4% pa preventivnih, kar prikazuje slika 3.

Ob ponovni vzpostavitvi razmerja med preventivno in kurativno dejavnostjo predstavlja velik izziv za patronažno zdravstveno nego prav doseganje večje samostojnosti pri delu. V času ko v razvitem svetu, na področju zdravstvene oskrbe pacientov s kronično boleznijo, medicinske sestre prevzemajo določene naloge od zdravnikov, patronažne medicinske sestre v slovenskem prostoru nimajo pristojnosti odločanja niti o zdravstveni negi na domu (26).

## 5 PATRONAŽNO VARSTVO V ITALIJI

Patronažna služba v Italiji se je uveljavila v 90. letih prejšnjega stoletja. Svoje mesto je našla zlasti med operativnimi dejavnostmi zdravstvenega doma (13).

Pellizzari (13) povzema zakonsko uredbo št. 502/92 in nato »Nacionalni program zdravstvenega varstva 1994–1996«, ki definirata zdravstveni dom kot organizacijsko strukturo lokalne zdravstvene službe, ki je usmerjena k doseganju visoke stopnje integracije med različnimi službami, ki nudijo zdravstvene storitve, med katerimi je tudi socialna služba. Zdravstvena postaja je torej operativna struktura lokalne zdravstvene službe, ki ima nalogo prepoznati zdravstvene potrebe populacije ter organizirati odgovor na problem, tudi s spodbujanjem vključevanja socialne službe. V ta namen je v Italiji organizirana »Služba integrirane zdravstvene nege na domu« (it. Assistenza domiciliare integrata - ADI), ki je odgovorna za nudenje kontinuirane asistencije vsem uporabnikom, ki so zdravstveno ali socialno ranljivi – neglede na njihovo starost, ki so nezmožni priti v območne zdravstvene strukture in potrebujejo kontinuirano zdravstveno nego. Oskrba, ki jo potrebujejo, je neplačljiva in je nudena neglede na starost in ekonomsko stanje. Oskrba sestoji iz zdravniških uslug, uslug zdravstvene nege in rehabilitacijskih uslug, kjer se vključijo tudi usluge socialne službe ter psihologi, z namenom oskrbe pacienta na njegovem domu (13).

### 5.1 Področja patronažne medicinske sestre v Italiji

Medicinska sestra je s strokovnim delom na razpolago skupnosti v skladu z dokumentom »Health 21«, ki narekuje promovirati družinsko medicinsko sestro, katera ima funkcijo preprečevanja na primarni, sekundarni in terciarni ravni in individualno pomoč posamezniku (7).

Glavni namen dokumenta, ki so ga podpisale članice Evropske unije, je doseganje polnega potenciala za zdravje posameznika. Osnovno prepričanje je, da je potrebno delovati z vsemi družinskimi člani kot glavni subjekt promocije zdravja. Delo medicinske sestre je torej

kompleksno. Obisk na domu je sredstvo, ki omogoča izgradnjo medsebojnega zaupanja, identifikacijo potreb družine in posameznika ter upoštevanje celovitosti (27).

Intervencije patronažne medicinske sestre so bistvene na treh področjih:

- na ambulantnem področju, kjer patronažna medicinska sestra zagotavlja pomoč vsem uporabnikom, ki so sposobni v ambulanto priti sami in potrebujejo srednje-nizko obravnavo ali intervencije učenja in promocije,
- na domu,
- v lokalni skupnosti.

Medicinske sestre imajo oblikovane kriterije, ki so v pomoč za identifikacijo pacientov z osnovnimi in lažjimi potrebami. Ti pacienti so potencialni kandidati za obiskovanje ambulate.

Ambulanta deluje za:

- paciente, ki so samostojni ali delno samostojni, vendar jih lahko spremljajo svojci,
- občasne ambulantne uporabnike,
- paciente, ki prihajajo ciklično v ambulanto,
- paciente, ki jih patronažne sestre obiskujejo na domu (manj kot en obisk na mesec).

Ambulantna dejavnost se lahko izvaja v stanovanjsko-bivalnih objektih v skupnosti, kot so na primer dom starejših občanov, zaščiteni bivalni objekti itd. Strateško in tudi nujno je, da je ambulanta zdravstvene nege postavljena zraven lokacije, kjer se nahaja dejavnost socialne službe. To omogoča prepoznavo socialno-varstvene ustanove in integracijo med obema področjema. Tako je to ambulanta točka, kamor se uporabniki in družine lahko zatečejo in povprašajo o storitvah in potrebah po zdravstveni negi. Na ta način lahko patronažna medicinska sestra nudi stabilno in konstantno prisotnost na njenem območju, hkrati pa postane v skupnosti prepoznavna kot lik, ki nudi oporo.

Aktivnosti ambulate pripomorejo k :

- nudenju storitev večjega povpraševanja uporabnikov, ki jih je predpisal zdravnik družinske medicine (odvzemi krvi, dajanje zdravil, i.v. terapija, kontrola in spremljanje vitalnih funkcij in tako dalje) ter hkrati zmanjšanju razdalje med uporabnikom in institucijo,
- informiranju uporabnikov v zvezi s ponudbami zdravstvenih storitev ter k samemu izboljšanju dostopa in uporabe javnih zdravstvenih storitev,
- promociji in edukaciji v zvezi z zdravstvenimi težavami, kamor spada samopomoč.



Patronažna medicinska sestra na domu nudi asistenco vsem uporabnikom:

- ki se ne morejo zglasiti v ambulantni zaradi resnih bolezni ali zaradi težav v zvezi s prihodom v ambulantno,
- ki potrebujejo aktivnosti zdravstvene nege, ki so srednje do zelo zahtevne, in ki so kontinuirane,
- z nizko stopnjo avtonomije ter vsem, ki potrebujejo redne usluge zdravstvene nege.

Medicinska sestra v skupnosti spremlja tudi uporabnike v družinskem in socialnem kontekstu, kateri zahtevajo posebno pozornost in/ali zaščito. Za zdravstveno nego na domu so bila posebej izdelana merila, ki pripomorejo k identifikaciji pacientov s kompleksnimi težavami in potrebami. Ta definirajo tipologijo uporabe oziroma spremljanja na domu:

- uporabniki na domu v oskrbi: pacienti s številom dostopov na enoto časa en mesec ali več,
- zdravstvena nega na domu nizke intenzivnosti: uporabniki, ki potrebujejo lažje storitve, kot na primer preiskave, ali osnovne storitve oziroma zadovoljitev osnovnih potreb ali intervencije enakovredne tistim »Socialno zdravstvenega operaterja« (it. Operatore socio sanitario - OSS), ali uporabnikom, katere uvrščamo v A, B in C kategorijo lestvice stabilnosti/nestabilnosti (glej preglednico 3),
- uporabniki s srednje-visoko zahtevnostjo po zdravstveni negi na domu: ljudje, ki spadajo v C, D, E in F kategorijo na lestvici stabilnosti/nestabilnosti (glej preglednico 3) (13).

**Preglednica 2: Lestvica stabilnosti/nestabilnosti (13)**

OZNAKA	STANJE PACIENTA	OBRAZLOŽITEV STANJA
A	Stabilen	Pacient brez posebnega problema ali s problemom, ki zahteva spremljanje v časovnih presledkih nad 60 dni.
B	Zmerno stabilen	Pacient s problemi, ki potrebuje zaradi kontroliranja spremljanje v časovnih presledkih od 30 do 60 dni.
C	Zmerno nestabilen	Pacient s problemi, ki ga je potrebno spremljati več kot enkrat na mesec, ampak manj kot enkrat na teden.
D	Nestabilen	Pacient s problemi, ki jih je potrebno spremljati enkrat ali večkrat na teden, ampak ne vsakodnevno.
E	Močno nestabilen	Pacient s problemi, ki jih je potrebno spremljati vsakodnevno.
F	Akutno	Pacient s problemi, ki jih je potrebno spremljati večkrat na dan.

Dejavnost na domu je opredeljena po funkcijah, ki se izvajajo v ambulantih z naslednjimi nalogami:

- promocija kontinuitete zdravljenja,
- promocija zdravja v skupnosti s pomočjo povezovanja zdravstvene nege z vsemi zdravstvenimi potrebami, socialnih, predvsem pa vzgojnih potreb celotne družine s takim pristopom, ki krepi sredstva posamezne družine tako, da jih usmeri k ustreznemu samozdravljenju,
- aktivacija neformalnih povezav (sorodniki, prijatelji, sosedje, prostovoljna društva, društva samopomoči),
- zdravstvena nega, ki zadovoljuje osnovne potrebe in je vnaprej načrtovana,
- mentorstvo laičnim negovalcem, skrbnikom in drugih virov v skupnosti (13).

## 5.2 Projekt Medicinska sestra v skupnosti

Lik medicinske sestre skupnosti se je rodil v organizaciji Zdravstvena ustanova ASS št. 5 (it. Assistenza socio sanitaria □ ASS). Projekt je bil predlagan, načrtovan ter preizkušen s strani zaposlenih v zdravstveni negi, obogaten s prispevkom vseh služb, ki delujejo v okviru omenjene službe. Sestoji v aktivaciji asistenčne službe zdravstvene nege, ki naj bo decentralizirana v vsaki skupnosti, in deluje v eni ali več občinah, ki imajo približno 2500 do 3500 prebivalcev. Služba naj bi delovala preko medicinske sestre, ki je fizično prisotna na določenem območju, tudi preko aktivacije ambulate zdravstvene nege. »Medicinska sestra skupnosti« sodeluje z vsemi službami, ki delujejo na določenem območju, kot so zdravniki splošne medicine, socialni delavci, asistenti na domu. To je torej nov način nudenja zdravstvene nege. Organizacija službe zdravstvene nege na določenem teritoriju je nekdanja bila nudena z dvema ekipama medicinskih sester, torej ena medicinska sestra za eno postajo (postaja je bila tudi operativni center, sedež). Morala je iz centralnega sedeža oziroma postaje na pacientov dom.

Danes je medicinska sestra skupnosti stalno prisotna na določenem območju, šest ur po šestkrat tedensko in deluje tako na domu, kot tudi v širši skupnosti. Preostalih šest ur v dnevu pa zdravstveno nego zagotavljajo ekipe medicinskih sester centralne postaje. Projekt Medicinska sestra v skupnosti temelji na organizacijskem modelu mreže. Konfiguracija omrežnega modela predstavlja organizacijsko obliko, ki je najprimernejša za podporo kompleksni asistenci kot je asistenca na določenem ozemlju (13).

Organizacije po omrežnem modelu imajo dve značilni komponenti:

- center omrežja,
- povezave.

Center omrežja na organizacijski ravni predstavlja vitalni avtoregulacijski sistem, ki pripada že prej omenjeni organizaciji Zdravstvena ustanova ASS št. 5. Vsak izmed različnih centrov je tesno povezan z drugimi centri in prispeva k večji fleksibilnosti ter hitremu odzivu za uporabnika. Centri omrežja se določajo po občinah, ki obsegajo od 2500 do 3000 prebivalcev in zajemajo predele večjih mest in regij. Patronažna medicinska sestra predstavlja torej center omrežja. Prisotna je na določenem ozemlju, kjer izvaja vse storitve v njeni kompetenci. S svojo prisotnostjo pripomore k boljšemu in direktnejšemu stiku z osebami, ki potrebujejo zdravstveno nego in živijo na njenem območju. V tem smislu je delo, ki ga izvaja

medicinska sestra v skupnosti, zelo dober prikaz službe, kjer se vrši interakcija in sodelovanje med neformalnimi in formalnimi službami. Odločilen center tovrstnega omrežja je Strateška agencija, ki je v primeru patronažne službe dodeljena »Koordinacijskemu centru za primarno asistenco« (it. Centro coordinamento assistenza primaria - CeCAP). To je center, ki omogoča usklajenost vseh vitalnih dejavnosti za doseganje zastavljenih ciljev projekta. Posebnost omrežnega sistema je ta, da jo sestavljajo pomembne povezave. Tako je preko povezav zagotovljena interakcija med manjšimi centri. Te povezave so procesi sodelovanja, informacijski procesi, komunikacijski procesi, finančno poslovanje itd. (13)

### **5.3 Raznolikost vzpostavljanja stikov in odnosov: model medicinske sestre v določeni lokalni skupnosti**

V sodobnem svetu gospodarskih, socialnozdravstvenih in organizacijskih politik je potreba po razvoju novih vlog strokovnih medicinskih sester, ki se morajo vklapljati v nove družbene dimenzije, kar velika. V spremembi je potrebno dosledno zajeti normativne zahteve evropske skupnosti in posodobiti zdravstveni sistem, med drugim tudi področja dela medicinskih sester. Predvsem delo medicinskih sester v nekem okolju, v neki skupnosti, bi se lahko generično imenovalo »del programa pobud in ukrepov«, ki bi stremeli k ustanovitvi sistema več oblik zdravstvene nege in varovanja v določenem okolju (angl. community care). Prav tako so vključene v proces integralnega razvoja skupnosti (angl. community development) s ciljem ustvarjanja sistema dobrega počutja – in posledično zdravja, ki bi slonel na vsestransko aktivnem sodelovanju vseh elementov civilne skupnosti (angl. welfare community). To pa ne samo kot premostitev »nastanitve pacientov v bolnišnico ali v dom starejših občanov« v prid terenskim službam, temveč predvsem kot prevzem odgovornosti lokalne skupnosti za skrb glede dobrega počutja in kot okrepitev sistema varovanja območnih prebivalcev. Ta bi odražal njihovo samostojnost in možnost proste izbire svoje samoorganizacije in samoiniciative, preko procesa kulturne in organizacijske inovacije nujenih uslug ter s posegi aktivne in podporne promocije samostojnega odzivanja civilne družbe.

Natančneje je vloga poklicne medicinske sestre v skupnosti, po mnenju strokovne listine Svetovne zdravstvene organizacije »Projekt aktivne zdravstvene nege« (angl. Nursing in Action Project) iz leta 1991, nudenje pomoči posamezniku, družinam, skupinam in skupnostim, s ciljem določanja in doseganja svojega fizičnega, umskega in družbenega potenciala v sklopu njihovega življenjskega in delovnega prostora. Medicinske sestre

zagotavljajo aktivno sodelovanje, tudi čustveno, v vseh aspektih zdravstvenega varstva in zdravstvene nege in v tem sklopu spodbujajo samoodgovornost in samoiniciativo. Zdravstvena nega v skupnosti, na nekem območju, se razlikuje od ostalih po novih in prav posebnih nalogah, ki dajejo svežo dodatno moč negovalnim funkcijam. Predstavlja jih cela serija aktivnosti, ki stremijo k izboljšanju kvalitete življenja občana s tem, da dajejo prednost zdravstveni negi na domu, nasprotujejo institucionalizaciji ter spodbujajo ponovni socialni vstop pacienta v luči izboljšanja splošnega zdravstvenega stanja. V skupnosti predstavljajo medicinske sestre nove vloge □ svoje delo opravljajo na terenu, ki presegajo enostavno tehnično ponudbo. Prizadevajo si ustvariti izhodišča za razvoj take zdravstvene nege, ki sloni na promociji za ohranjanje dolgotrajnega zdravja osebe, tudi z vidika okrepitve avtonomne odločnosti uporabnikov. Nove razpoznavne funkcije medicinske sestre, z visoko stopnjo strokovnosti, v skupnosti presegajo klasično funkcijo zdravstvenega varstva s tem, da ji dodajo vrednost z:

- aktivacijo formalnih in neformalnih omrežij prisotnih v skupnosti,
- zaznavanjem lažjih nezahtevnih potencialnih potreb skupnosti, tako izraženih kot neizraženih,
- izvajanjem zdravstvene nege,
- obravnavo pacienta v akutni fazi ter možnost kontinuitete zdravstvene nege tudi v podaljšani fazi rehabilitacije pacienta,
- uvajanjem in nadzorovanjem socialne oskrbe in laične oskrbe pacientov na domu,
- promoviranjem zdravja z vidika izboljšanja splošnega zdravstvenega stanja prebivalstva,
- izvajanjem skrbništva in spremljanje negovalcev (angl. caregivers),
- aktivacijo sistemov negovalcev.

Na podlagi pristojnosti, značilnih za medicinsko sestro skupnosti, zdravstvene vede razvijajo teoretično-praktične pristope, ki so vedno bolj usmerjeni h konceptom samopomoči in samooskrbi (angl. self help in self care), a tudi ti slonijo na principu kolektivnega subvencioniranja. Ti novi pristopi predstavljajo nujne spremembe v organizaciji zdravstvenih uslug, predvsem v korist uslugam za zdravje in nudenja pomoči na domu ali v sklopu skupnosti. Na ta način postane medicinska sestra za zavarovanca, za družino in za skupnost poglobljena referenčna točka, povezovalni člen za uporabnika in tudi za vse ostale člane, ki sestavljajo socialno-zdravstveno varstvo, nenazadnje pa tudi za vse tiste paciente, ki pozorno spremljajo potencialne in neizražene potrebe ter aktivatorja novosti, ki bi jih utegnile

zadovoljiti. V tem novem scenariju, način delovanja v omrežju, tipičen za socialne službe, se začne spreminjati v organizacijsko nujo za socialno-zdravstvene in zdravstvene službe, predvsem na krajevnem področju. Na ta način se v Italiji odpira nova perspektiva za vlogo medicinske sestre v zdravstveni negi skupnosti □ perspektiva, ki odpira vrata novim znanjem, spretnostim, specifičnostim in pristojnostim, posledično pa tudi dodatnemu usposabljanju. Model medicinske sestre v skupnosti je oblikovan po vzorcu mednarodnih normativov, ki so nastali na podlagi izkušenj različnih modelov preverjenih v praksi. Vsi modeli spodbujajo povezovanje znanja različnih strokovnjakov na področju socialno-zdravstvene, gospodarske in organizacijske politike.

To je torej nov način zdravstvenega varstva, kar postavi medicinsko sestro na mesto poklicnega strokovnjaka in kot tako pred dejstvo, da je lahko:

- nosilec specifičnega poklica, ki se ukvarja s funkcijami visoko naprednega zdravstvenega varstva, z izrazito socialno komponento □ to so vse tiste strokovne aktivnosti, ki stremijo k spremembi vseh okoliščin ali spretnosti pacienta, ki vodijo k samostojnemu zdravljenju, k pravočasnemu prepoznavanju simptomatike obolenj in k aktivaciji novih vzorcev zdravstvenega obnašanja,
- oseba, ki zazna zahteve in zdravstvene potrebe in je posledično pravočasni pobudnik potrebnih ukrepov (ne samo pri pacientu, njegovi družini in skupnosti z bolnimi posamezniki, temveč tudi pri pacientu, njegovi družini in skupnosti kot taki, ki je še zdrava). Prepozna potencialna zdravstvena tveganja in pravočasno ukrepa, saj dobro pozna pacientove, družinske in skupnostne potrebe,
- preudarna strokovna oseba, ki raziskuje negotovosti in nejasnosti ter se s tem izpopolnjuje, ustvarja čustvene stike, istočasno pa spoštuje znanje in izkušnje pacienta, zna razpoznati pravilen način pacientovega izražanja in ga povezati s svojim strokovnim znanjem brez predsodkov ali občutka večvrednosti in to v vseh možnih situacijah (13).

### **5.3.1 Model medicinske sestre skupnosti v severovzhodni Italiji**

V širši obseg zdravstveno socialne politike v skupnosti spada zdravstveni projekt, ki zajame delovanje medicinskih sester vključenih v zdravstveno ustanovo ASS št. 5 (it. Assistenza Socio Sanitaria - ASS) na področju italijanske pokrajine Furlanije (13).

Kot primer organiziranosti zdravstvene nege v Republiki Italiji navajamo Zdravstveno ustanovo ASS št. 4 (it. Assistenza Socio Sanitaria - ASS) v Osrednji Furlaniji. Zdravstvena

ustanova ASS (it. Assistenza Socio Sanitaria - ASS) je socialno zdravstvena služba. Ustanove ASS so v Italiji organizirane po okrajih. Zdravstveni okraji se delijo na naslednja področja dejavnosti:

- odrasli, ostareli in osnovna nega (na primer bolničarske storitve na domu, rehabilitacija na domu, domovi starejših občanov, bolničar skupnosti),
- materinstvo, otroci in najstniki/osebe s posebnimi potrebami (Družinska posvetovalnica, Območna multidisciplinarna skupina za najstnike/osebe s posebnimi potrebami),
- specialistično ambulantno zdravljenje,
- osnovna medicina in kontinuiteta oskrbe (zdravniki splošne medicine, otroški zdravniki, storitev kontinuitete oskrbe),
- upravne storitve (zdravstveni matični urad, Enotni centri za naročanje (it. Centro unico di prenotazione – CUP), pomoč s protezami, deželna integrativna farmacevtska pomoč).

Na območju okraja delujejo tudi aktivnosti drugih operativnih struktur, kot so:

- oddelek za preventivo (cepljenje, potrdila, veterinarske storitve),
- oddelek za duševno zdravje s Centri za duševno zdravje (it. Centri di salute mentale-CSM), sprejemne strukture,
- oddelek za odvisnosti (služba za odvisnosti od mamil, alkoholologija).

Na ravni okraja so na voljo tudi aktivnosti, ki jih izvajajo po pooblastilu za osnovne socialne storitve: stanovanjski bloki za invalidne paciente, Socialno-vzgojni in rehabilitacijski center (it. Centro Socio Riabilitativo Educativo - C.S.R.E.) in domovi za ostarele.

Poleg okrajnih so organizirani tudi trije območni oddelki:

- oddelek za odvisnosti – operativna struktura, ki nudi preventivo, terapije in rehabilitacijo za osebe s problemi odvisnosti od drog, alkohola in kajenja. Oddelek se deli na: službo za alkoholologijo in stanovanjsko alkoholologijo ter službo za odvisnosti od drog,
- oddelek za preventivo – operativna struktura ustanove, ki zagotavlja varstvo zdravja skupnosti tako, da podpira promocijo zdravja in preventivo za bolezni in prizadetosti preko posegov, ki so namenjeni določanju in odstranjevanju vzrokov škodljivosti in

- bolezni okoljskega, človeškega in živalskega izvora. Oddelek se deli na organizacijske strukture, ki so specifično namenjene: higieni in javnemu zdravju, higieni hrane in prehrane, preventivi in varnosti delovnega okolja, veterinarski oskrbi na področju higiene vzrejališč in živinorejskih proizvodnj in na področju higiene hrane živalskega izvora, sodna medicina ter preprečevanje kardiovaskularnih bolezni,
- oddelek za duševno zdravje – operativna struktura, ki ima namen promocije in varstva duševnega zdravja. Opravlja preventivo, diagnozo, zdravljenje in rehabilitacijo psihične stiske in duševnih motenj. Oddelek se deli na šest centrov za duševno zdravje (it. Centri di Salute Mentale) in eno psihiatrično službo za diagnozo in zdravljenje in omrežje stanovanjskih struktur. V oddelku deluje tudi ambulanta za prehrabene motnje (28).

Pellizzari (13) predstavlja nov organizacijski model, ki ustvari tako imenovano »omrežno obravnavo« pacienta, namesto piramidne, ki je del storitvenega modela. Omrežni sistem temelji na vzpostavljanju široke mreže strokovnjakov v obravnavi pacienta. Sodelujejo različne organizacije, strokovnjaki in drugi osebe. Pomembno vlogo imajo vsi možni povezovalni sistemi, kot so postopki, komunikacijske in informacijske povezave ter izbrani način jezikovnega izražanja. Ključna je zdravstvena organizacija, ki vodi projekt.

Na ta način se vse organizacije združijo v združbo heterogenih struktur (hierarhije, informativni sistemi, kulturni sistemi itd.), ki imajo nalogo, da vladajo nad sistemi, katerih meje se nenehno spreminjajo ali prekrivajo in se skoraj nikoli ne ujemajo s pravnimi ali organizacijskimi mejami, ki zaznamujejo neko lastnino s hierarhičnim vodenjem tistega, kateremu je bila dodeljena gospodarska ali administrativna oblast. V tej novi organizacijski paradigmi je osredotočenost zlasti na razne procese omenjenih služb, na njihovo integriranje in po potrebi celo na njihovo popolno redefinicijo.

V modelu medicinska sestra v skupnosti po pravilih obveščanja (glej sliko 4) pridejo poročila do medicinske sestre lokalne skupnosti, ki je v stalni povezavi s »Koordinacijskim centrom za primarno asistenco« (it. Centro Coordinamento Assistenza Primaria - CeCAP) in obratno. Prav tako v smislu ustvarjanja mnenj s preprosto in/ali kompleksno terminologijo. Model omogoča manj zbirokratizirano, bolj agilno in takojšnjo odzivnost zdravstvenega osebja, predvsem pa vključevanje »Okrožne enote za vrednotenje storitev«, ki bo s tem dvakrat bolj učinkovita. Lokalno □ za storitve srednje zapletenosti in centralno □ za storitve visoke kompleksnosti, ki ne zahtevajo samo klinične ocene, ampak tudi upravno-administrativne odzive višje stopnje.



»Centralna okrožna enota za vrednotenje storitev« bi morala konkretno prevzeti funkcije, bolj transverzalno organizacijske narave, kot pa takojšnje rešitve. Okrožno enoto za vrednotenje sestavljajo »Medicinska sestra skupnosti«, zdravnik splošne medicine, socialni delavci, dodatno pa se vključujejo na ožjem nivoju krajevni zdravniki v centrali. Vse to deluje na podlagi soglasja in »Smernic za vodenje regionalne zdravstvene službe 2005«, ki določajo nove boljše rešitve »Okrožne enote za vrednotenje« (13).

Pojem »medicinska sestra skupnosti« ni nov. Medicinska sestra skupnosti se zavzema za zdravstveno nego družine, ki je osnovna celica neke skupnosti in to v celoti. Lik medicinske sestre skupnosti se oblikuje na priporočilo Svetovne zdravstvene organizacije. Koncept je bil sprejet leta 2000 v Monaku s ciljem podpirati programe in službe za varovanje zdravja v skupnosti z vključevanjem medicinskih sester skupnosti (29).

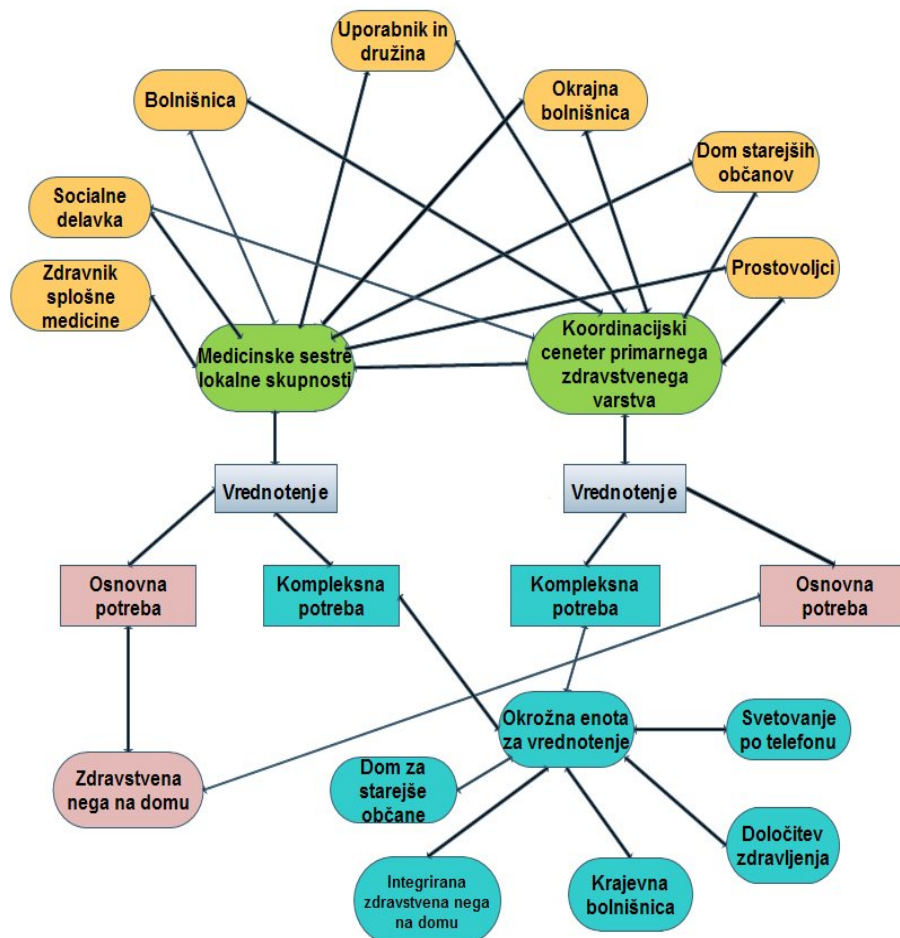
Prvi začetki uvajanja medicinske sestre skupnosti so bili v Združenih državah Amerike in Kanadi, kjer so razvili teoretične modele dejavnosti medicinske sestre skupnosti za zdravstveno varstvo na primarni ravni. V državah Evropske skupnosti pa se ta model ni uveljavil v vseh državah enako.

Iz evropskega dokumenta »Zdravje za vse« Svetovne zdravstvene organizacije izhajajo nekatere značilnosti nalog medicinske sestre skupnosti:

- nudi pomoč pacientu v prilagajanju na bolezen ali invalidnost v stresnih situacijah, z dejavnostjo na domu, v okolju njegove družine,
- svetuje in poučuje o zdravem življenjskem stilu, o rizičnih faktorjih in podpira zdravje družine v celoti,
- odkriva zgodnje simptome morebitnih pojavov bolezni v družini s ciljem, da se ne razvijejo,
- odkriva socialno zdravstvene težave, ki vplivajo na zdravje v družini, z vključevanjem pristojnih služb,
- omogoča čimprejšnji odpust iz bolnišnice tako, da nudi zdravstveno nego na domu in sodeluje z družinskim zdravnikom (30).

Nova organiziranost, aktivacija dvojnega kanala za sporočanje, omogoča hitrejši in natančnejši odgovor, zmanjša pretok informacij in njim namenjen čas, nemudoma sproži enostavne zdravstvene ponudbe in občutno pospeši aktivacijo »Okrožne enote za vrednotenje« v primeru kompleksnih potreb.

Realizacija celotnega modela je možna le v primeru, da je poleg medicinske sestre skupnosti, še dodatno socialno zdravstveni operater ali socialno zdravstveni operater z dodatnim usposabljanjem, ki bi zagotavljal visoko kakovostno zdravstveno nego in zdravstveno varstvo pacientov. (13).



Slika 4: »Vstop pacienta v mrežo uslug teritorija«

## 5.4 Patronažna služba v Trstu

V Trstu predstavlja starejše prebivalstvo eno petino vseh občanov. Približno 55.000 prebivalcev je starih nad 64 let, od tega je 37 odstotkov moških in 63 odstotkov žensk. 52.500 jih je v domači oskrbi, od teh jih je 17.000 starih nad 80 let. Prav slednji predstavljajo problem, saj so potencialni pacienti, ki bodo potrebovali hospitalizacijo.

Najpomembnejša naloga, ki jo opravlja patronažno varstvo v Trstu, je že vse od leta 1996 izboljšati kvaliteto življenja starostnika, otroka in odraslih, pri tem pa stremljeva k temu, da se niža bolnišnični dan, kar predstavlja manj hospitalizacij.

Med leti 1996 in 2004 se je stopnja hospitalizacij tržaškega prebivalstva znižala iz 260 na 186 na tisoč prebivalcev. Stopnja hospitalizacij prebivalstva nad 65 let pa se je znižala iz 625 na 453 na tisoč prebivalcev. K znižanju stopnje hospitalizacij so vsekakor pripomogli tudi domovi za starejše občane, hospici, nedvomno pa ima pri tovrstnih prizadevanjih glavno vlogo patronažna služba.

Nekatere študije učinkovitosti patronažne službe v Italiji so pokazale, da le-ta pripomore k znižanju za kar 63 odstotkov pojava ponavljajočih se hospitalizacij.

Od leta 1996–2005 se je patronažna služba znatno razširila, poleg te pa tudi služba rehabilitacije na domu; leta 1996 je bilo v omenjenih enotah zaposlenih 38 oseb, danes pa imata ti dve službi že 120 zaposlenih. Uporabnikov teh storitev je vsako leto več kot 12 tisoč. Kontinuiranost dela patronažne službe ter dobra povezava med patronažno službo in tržaškimi bolnišničnimi oddelki je zagotovila v letu 2004 2400 zgodnejših odpustov pacientov iz bolnišnic, leta 2005 pa celo 3003. Najpogostejše bolezni, zaradi katerih so pacienti sprejeti v bolnišnico, so:

- bolezni srca in ožilja (31 odstotkov),
- bolezni pljuč (11 odstotkov),
- sladkorna bolezen (13 odstotkov),
- encefalopatije (13 odstotkov),
- tumorji (10 odstotkov),
- bolezni ožilja (3 odstotkov),
- druge patologije (v razširjenosti kirurške diagnoze) (19 odstotkov).

V povprečju vsako leto 53 odstotkov pacientov odpuščenih iz bolnišnice obišče patronažna služba (27).

Namen patronažne službe je promovirati zdravje, kvaliteto življenja in avtonomijo posameznika s pomočjo naslednjih intervencij:

- zagotavljati zdravstveno nego v izogib vključevanja pacienta na zdravljenje v zdravstvene ustanove,
- preprečevati nepomičnost, inkontinenco, razjede zaradi pritiska, kronične bolečine, vnetja,

- zagotavljati individualno in strokovno zdravstveno nego, predvsem starostnikom s kronično degenerativnimi boleznimi, v izogib poslabšanja stanja in sprejema v bolnišnico,
- preprečevati nesreče v gospodinjstvu z odkrivanjem rizičnih dejavnikov in svetovanje glede odstranitve le-tega (kot so nezavarovano električno omrežje, plinska napeljava, preproge nevarne za padce in drugo),
- omogočiti uspešen odpust rizičnih skupin iz bolnišnice,
- preprečevati osamljenost in depresijo s spodbujanjem obiskov volonterjev, članov prostovoljnih društev in znancev pri pacientu,
- spodbujati samostojnosti in prostega gibanja pacienta izven doma, kajti tudi lasten dom lahko postane zapor, obenem pa, ko je možno, naj posameznik preide v ambulantno zdravljenje.

Območna patronažna služba v Trstu je bila ustanovljena konec leta 1995. Vsako leto nudijo pomoč več deset tisočim uporabnikom, med njimi je 13% starejših od 65 let. Služba deluje 24 ur na dan. Nočna izmena je dosegljiva na številki 118 – nujna medicinska pomoč (NMP). Ekipa za nudenje zdravstvene nege na domu ima odgovorno medicinsko sestro in pomožno osebje. Osebje razpolaga s službenim vozilom. Patronažna medicinska sestra ima pristojnost, da se samostojno dogovarja s pacienti, z zdravniki družinske medicine, z drugimi službami mreže in z bolnišnicami preko mobilnega telefona, osebnega računalnika ali preko faksa. Za paciente s kompleksnimi potrebami je zagotovljena kontinuirana zdravstvena nega na domu, medtem ko pa se za tiste, ki imajo lažje potrebe pomoči, obiski opravijo občasno. Pravico do uporabe storitev območne patronažne službe v Trstu imajo vsi občani, ne glede na starost, predvsem pa osebe, ki niso zmožne priti v ambulanto zaradi kognitivnih, senzoričnih ali motoričnih deficitov oz. zaradi arhitekturnih omejitev. Patronažna služba izvede obisk na pobudo zainteresiranih pacientov, družinskega zdravnika oz. zdravnika specialista in tudi na pobudo drugih zdravstveno-socialnih služb.

Naročilo za obisk je mogoče podati po telefonu, preko telefaksa ali preko elektronske pošte. Ne glede na naročnika je povezava z družinskim zdravnikom v vsakem primeru zagotovljena. V primeru kompleksnih potreb pacienta opravijo prvi obisk medicinske sestre v 24-ih urah po prejemu naročila za obisk. Če so potrebe lažje, medicinska sestra v roku 24 ur po prejemu naročila načrtuje prvi obisk. Uporabnik ima pravico do zdravstvene nege na domu, pravico do vodenega zdravljenja in pravico do individualnega načrta zdravstvene nege. Cilje načrta zdravstvene nege se določa skupaj z uporabnikom, družinskim zdravnikom in negovalcev (7).

**Preglednica 3: Najpogostejše patologije, zaradi katerih so izvedeni obiski na domu (13).**

Pacienti s patologijami lokomotornega aparata	<ul style="list-style-type: none"> <li>• po zlomu stegenice</li> <li>• po vstavitvi artroproteze</li> <li>• drugi posta akutni pacienti</li> <li>• kronične degenerativne bolezni</li> </ul>
Akutni nevrološki pacienti	<ul style="list-style-type: none"> <li>• periferne lezije</li> <li>• po poškodbah mielinske ovojnice</li> <li>• poškodbe glave</li> <li>• multipla skleroza</li> </ul>
Kronični nevrološki pacienti	<ul style="list-style-type: none"> <li>• pacienti po možganski kapi</li> </ul>
Pacienti z demenco □ psihiatrični pacienti	
Pacienti s srčno žilnimi obolenji	<ul style="list-style-type: none"> <li>• pacienti z žilnimi in limfatičnimi obolenji</li> <li>• pacienti s popuščanjem srca</li> <li>• pacienti s hipertenzijo</li> </ul>
Diabetični pacienti	<ul style="list-style-type: none"> <li>• nestabilni</li> <li>• s popuščanjem ledvic</li> <li>• s popuščanjem srca</li> </ul>
Pacienti s KOPB	
Pacienti po kirurškem posegu	<ul style="list-style-type: none"> <li>• po amputaciji</li> <li>• drugo (stome, druge poškodbe)</li> </ul>
Onkološki pacienti	
Pacienti z drugimi kronično-degenerativnimi obolenji	
Pacienti z odvisnostjo od alkohola	
Pacienti z odvisnostjo od prepovedanih drog	
Pacienti okuženi s HIV	

## 5.5 Dokumentacija v patronažnem varstvu v Italiji

Patronažna služba ima v uporabi integriran karton, ki omogoča uresničitev individualnega načrta za posameznika.

Uvajanje procesa ISO 9001:2000 je določil potrebo po izboljšanju dokumentacije za potrebo patronažne službe tako, da se razvijejo negovalne diagnoze oblikovane s strani osebja.

Od leta 1996 se uporablja model »Sprejem v oskrbo« (it. Presa in carico), ki zajema zdravstveno nego in se sklicuje na teorijo samooskrbe (angl. self care) Dorotheje Orem. Le-ta povečuje zmogljivost uporabnika in omogoča strokovno usposobljenost medicinske sestre.

Izhajajoč iz potreb, in s tem povezanih dejavnosti, so v Italiji ustvarili novo dokumentacijo, ki olajša oblikovanje negovalne diagnoze in izpolnjuje zahteve kakovosti zdravstvenih storitev po standardih ISO. Nova dokumentacija je oblikovana na podlagi procesa zdravstvene nege s posebnimi razdelki, ki so namenjeni identifikaciji kompleksnih potreb, ciljem, intervencijam ter vrednotenju učinkovitosti zdravstvene nege (27).

Čeprav v Italiji zakon o medicinski dokumentaciji ne govori o dokumentaciji zdravstvene nege, je ta redno prisotna v papirni obliki, ni pa standardizirana (31).

## **5.6 Center za mentalno zdravje in hišni obiski pacientov z duševnimi boleznimi v Italiji**

Marca 1980, ob otvoritvi »psihiatrične službe za diagnoze in zdravljenja«, je pričel v Trstu delovati Center za mentalno zdravje, kateri deluje neprekinjeno, 24 ur na dan. V vsakem centru za mentalno zdravje deluje tim zdravnikov, psihologov, socialnih delavcev in medicinskih sester, ki zagotavlja ambulantno zdravljenje in zdravljenje na domu v podporo prebivalcev z duševnimi boleznimi ter njihovim svojcem. Tim sodeluje in se usklajuje z drugimi službami, ki delujejo na tem območju. Centri za mentalno zdravje so opremljeni z jedilnico za hospitalizirane paciente in druge, ki so v dnevnih bolnišnicah, socialnimi službam in lekarno. Prav tako so tovrstni centri točka srečanj in socializacije, promocije rehabilitacijskih aktivnosti in integracije v družbo.

Odperti so vsak dan od 8. do 20. ure za vse prebivalce, brez administrativnih prepovedi, ponoči pa samo za paciente, ki v ustanovi prenočujejo. Pomoč jim nudita dve medicinski sestri.

Je integralni del centralnega sistema, ki je odgovoren za zdravstvene potrebe določenega območja ter načrt zdravljenja in rehabilitacije državljanov.

Vsak Center za mentalno zdravje izvaja preventivne ukrepe, zdravljenje in rehabilitacijo v določenem območju z delovanjem ambulant, zdravstvene nege na domu, socialne podpore, vključevanja na delovna mesta, podporo družini, reševanje stanovanjskega vprašanja in povezovanja preko ostalih služb, ki delujejo na tem območju (32).

Obisk na domu pri pacientu z duševno boleznijo je metoda, ki se pogostokrat uporablja v obsegu individualnega terapevtskega načrta za zagotovitev nadaljevanja zdravljenja, farmakološke terapije, podpore in koordinacije zdravstvenih uslug, spremljanje urgentnih stanj □ z nalogo oceniti habitat in pospeševati rehabilitacijo ter integracijo v družbi. Obiske na domu izvajajo vsi strokovno usposobljeni poklicni delavci Centra za mentalno zdravje v skladu s tipologijo potreb oziroma bolezni (27).

## 6 RAZPRAVA

Že vrsto let se na mednarodnem nivoju pojavlja močna povezanost, ki pripada besedi družina. Ta ni več samo najožja skupina ljudi, ki pripadajo istemu »klanu«, ampak skupina ljudi, ki živijo v isti resničnosti □ torej v isti skupnosti □ v kateri živijo posamezniki, in predstavlja interakcijo med posameznikom in skupnostjo ter je dvosmerna. Pozornost temu izrazu v zadnjih dvajsetih letih namenja »Ameriško združenje medicinskih sester« ( angl. American Nurses Association), ki opisuje družino kot glavni cilj zdravstvene nege. Tudi »Kanadsko združenje medicinskih sester« (angl. Canadian Nursing Association) navaja, da je v kanadskem kontekstu pristop k družini glavni cilj na vseh področjih v praksi zdravstvene nege, ki se ravna po etičnem kodeksu ter akreditiranih standardih oskrbe.

V kontekstu, ki krepi triado posameznik-družina-skupnost, se izoblikuje lik tako imenovane družinske medicinske sestre ter medicinske sestre skupnosti. Lik je definiran z dokumentom »Health 21« Svetovne zdravstvene organizacije, s katerim dodeljuje družinski medicinski sestri ter medicinski sestri skupnosti centralno vlogo v skupnosti tako, da nudi zdravstveno nego na domu dokler ne pripomore posamezniku, da se prilagodi bolezni in samostojnosti preko zdravstveno-vzgojnega svetovanja načina življenja ter glede na dejavnike tveganja. Medicinska sestra mora promovirati hiter odpust iz bolnišnice z nudenjem kontinuirane zdravstvene nege. Vključevati mora mrežo teritorialnih storitev in postati mora referenčna oseba pacienta in družine ter povezovalni člen med zdravnikom primarnega zdravstvenega varstva in pacientom. Z zdravnikom si mora izmenjevati informacije o pacientu v primeru, če se pojavijo potrebe po zdravstveni negi. Družinska medicinska sestra načrtuje, izvaja in vrednoti intervencije promocije, preprečevanja kroničnih bolezni ter zdravstvene vzgoje. Nudi storitve zdravstvene nege posamezniku in skupnosti, podpira prizadevanja na področju raziskav, epidemioloških preiskav v skupnosti in v družini, poleg kurativnih tudi preko promocije vzgojnih in preventivnih intervencij (33).

Pri uresničevanju strategije Svetovne zdravstvene organizacije »Cilji za vse za 21. stoletje« imajo pomembno vlogo medicinske sestre, še posebno v lokalni skupnosti. Zdravje skupnosti pomeni skupno doseganje najvišje stopnje fizičnega, mentalnega in socialnega zdravja, ki je v skladu z dosegljivim znanjem in sredstvi. (2)



Sodobna in strukturirana dokumentacija zagotavlja kakovostno obravnavo pacienta in kontinuiteto zdravstvene nege ter podaja statistično pomembno zvezo med strukturirano in priročno dokumentacijo zdravstvene nege (34).

Za kakovostno obravnavo in celosten pristop k spremljanju pacienta na klinični poti je pomembna povezanost dokumentacije zdravstvene nege z drugimi dokumenti. Zato je poleg papirne oblike dokumentacije potrebno razvijati računalniško podprte rešitve (35).

Zdravstvena nega zahteva na vsakem področju delovanja organiziranost, kontinuiranost, poenotenje in dokumentiranje nujenih intervencij. Za doseganje kvalitetne strokovnosti je ključnega pomena uporaba ustreznih upravljalnih postopkov zdravstvene nege. Ti so standardizirani in prilagojeni z dokumenti, ki določajo delovanje izvajalcev zdravstvene nege kot posameznika oz. tima. Najkompleksnejši postopki so navodila in protokoli, klinične poti in načrti zdravstvene nege. Dolžnost vsakega zdravstvenega delavca je dokumentirati načrt zdravstvene nege ter spremembe stanja pacienta (36).

Dokumentiranje zdravstvene nege v Republiki Italiji obstaja v papirnati obliki in ni standardizirano (31).

## 7 SKLEP

V zdravstvenem varstvu Republike Italije, namesto profila »patronažna medicinska sestra«, uporabljajo izraz »družinska medicinska sestra« in »medicinska sestra skupnost«. Lik medicinske sestre skupnosti je bil uveden leta 1991 po priporočilu Svetovne zdravstvene organizacije. V okviru omenjenega lika se je v Republiki Italiji razvila patronažna zdravstvena nega, ki jo je v Sloveniji že po 1. svetovni vojni uspešno razvijala Angela Boškin. Delo patronažne sestre v Italiji in Sloveniji se razlikuje predvsem po obsegu področja dejavnosti in specifik. Iz literature smo razbrali, da ima patronažna medicinska sestra v Sloveniji širše področje delovanja, saj oskrbuje na domu vse starostne skupine, od novorojenčka do ostarelih oseb, medtem ko za Italijo to ni značilno, saj patronažne sestre neposredno ne oskrbujejo novorojenčkov in otročnic. Sklenemo lahko, da ima omenjena organiziranost za Slovenijo prednost, predvsem za dobro zdravstveno stanje novorojenčkov in porodnic.

Na področju duševnega zdravja pa je organiziranost patronažne službe v Italiji precej bolje razvita kot pri nas. Za to področje so v Italiji razvili tako imenovane Centre za mentalno zdravje, ki imajo že večletne izkušnje in se uspešno celostno vključujejo v družino pacienta. V obiske na domu duševnega pacienta se lahko vključujejo vsi strokovno usposobljeni delavci omenjenega centra. V Sloveniji je organiziranost obravnave duševnega pacienta na domu šele v razvoju, zato o tem ne moremo veliko povedati.

S pomočjo uporabljenih virov lahko trdimo, da imajo v Italiji veliko uspehov na področju dobre povezave socialnih in zdravstvenih centrov, saj deluje patronažna sestra v neprestani interakciji z vsemi socialno-zdravstvenimi delavci določene lokalne skupnosti. Pacient ne dobi samo zdravstvene oskrbe, temveč tudi ustrezno socialno varstvo. V Sloveniji je ta povezava sicer možna, vendar ni tako učinkovito uporabljena.

Na področju dokumentiranja patronažne službe, ki je obvezno tako v Italiji kot v Sloveniji, najdemo tudi razlike. Pri nas vodimo standardizirane dokumente, ki so enotni in obvezni po celi državi, medtem ko v Italiji ti dokumenti niso standardizirani, ampak je njihova uporaba prilagojena glede na posebnosti območja. Menimo, da razlikovanje glede uporabe nestandardiziranih obrazcev izvira iz možnosti prilagojene uporabe reform in zdravstvenih zakonov, saj jih v Italiji lahko različno uporabljajo po regijah oz. le-ti niso obvezni za vse regije.

Iz primerjave organiziranosti patronažne zdravstvene nege lahko za razvoj celostne zdravstvene nege v Sloveniji predlagamo razvoj integrirane organiziranosti socialno zdravstvenih služb. Taka organiziranost bi izboljšala učinkovitost zdravljenja pacientov, družin in lokalne skupnosti. Za razvoj tovrstnih programov bi bilo potrebno oblikovati nadgrajeni profil patronažne medicinske sestre z dodatnim znanjem izobrazbene komponente socialnega varstva.

Na primarnem nivoju zdravstvenega varstva deluje naš zdravstveni sistem dobro, vendar pa ga moramo glede na družbene potrebe neprestano nadgrajevati in uvajati dobre ter preizkušene pridobitve v zdravstvenih sistemih drugih držav v svetu.

## 8 LITERATURA

1. Fištravec B. Patronažna zdravstvena nega bolnika na domu Maribor. In: Geč T. Patronažna nega-včeraj, danes, jutri: 1. Slovenska konferenca patronaže zdravstvene nege z mednarodno udeležbo. Zbornik predavanj. Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca. Kolaborativni center SZO za primarno zdravstveno nego, 2007: 93-98.
2. Šušteršič O, Horvat M, Cibic D., et al. Patronažno varstvo in patronažna zdravstvena nega: nadgradnja in prilagajanje novim izzivom. *Obzor. Zdr. N.* 2006; 40(4):248-250.
3. Česen M. Reforma zdravstva v Sloveniji. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2006:28-59.
4. Klančar D, Švab I, Kersnik J. Vizija prihodnosti zdravstvenih domov v Sloveniji. *Zdrav. Var.* 2010; 49:37-42.
5. Navodilo za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni. Uradni list Republike Slovenije 19/98. Pravilnik o spremembah in dopolnitvah Pravilnika za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni: Uradni list Republike Slovenije 47/1998. 26/2000. 67/2001. 33/2003. 117/2004. 31/2005. 83/2007. 22/2009.
6. Zakon št. 328/2000  
<http://normativasanitaria.it/jsp/dettaglio.jsp?attoCompleto=si&id=37368.html>  
<22.5.2011>
7. Mislej M, Paoletti F. L'infermiere di famiglia e di comunita': e il diritto di vivere a casa anche quando sembra impossibile. Dogana: Maggioli S.p.A.. Litografia Titanlito s.a., 2008:42-73.
8. Assicurazioni  
<http://assicurazioni.in.html> <22.5.2011>
9. Milojevič M. Patronažna medicinska sestra sodeluje z zdravniki družinske medicine. *Vita: zdravstveno vzgojna revija.* 2006:12(55):11-12.
10. Dimonte V. Da servente a infermiere. Una storia dell'assistenza infermieristica in Italia. Torino: Cespi editore, 1993: 66-67.
11. Artioli G. Evoluzione storica dell'assistenza e della formazione infermieristica. Milano; Area Qualita, 2000.

12. Artioli G, Giarelli G. *L'abbandono nei Corsi di laurea in infermieristica in Emilia-Romagna: una non scelta?*. Bologna: Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia Romagna. 2007:13-15.
13. Pellizzari M. *L'infermiere di comunita: Dalla teoria alla prassi*. Milano: McGraw-Hill. 2008:34-35, 89-90, 115-120.
14. Geč T. *Patronažna zdravstvena nega včeraj, danes, jutri*. In: Geč T. *Patronažna nega včeraj, danes, jutri: 1. Slovenska konferenca patronaže zdravstvene nege z mednarodno udeležbo*. Zbornik predavanj. Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca. Kolaborativni center SZO za primarno zdravstveno nego, 2007: 52-53.
15. Kersnič P. *Zakon*. Obzor. Zdr. N. 2004; 38:189-190.
16. Noč D, Korenčan A. *Angela Boškin skozi čas*. Bolje, Glasilo Splošne Bolnišnice Jesenice. 2008;8: 13-14.
17. Valenčak U. *Patronažna zdravstvena nega nosečnice*. In: *Patronažna zdravstvena nega nosečnice, otročnice, novorojenčka: 3. Strokovno srečanje*. Združenje zasebnih patronažnih medicinskih sester. Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor. OE Patronažno varstvo, 2008: 17-23.
18. Šušteršič O, Rajkovič V, Leskovar R, et al. *An Information System for Community Nursing*. Public Health Nnurs 2002; vol. 19,3: 184-190.
19. Likar R. *Patronažna zdravstvena nega nosečnice, otročnice in novorojenčka*. In: Geč T. *Patronažna nega včeraj, danes, jutri: 1. Slovenska konferenca patronaže zdravstvene nege z mednarodno udeležbo: Zbornik predavanj*. Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca. Kolaborativni center SZO za primarno zdravstveno nego, 2007: 100-105.
20. Hoyer S. *Pristopi in metode v zdravstveni vzgoji*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Visoka šola za zdravstvo, 2005: 1-10.
21. Šušteršič O, Vladislav R. *Stanje dokumentiranja procesa zdravstvene nege v Sloveniji*. In: (urednik zbornika) *Sinergija metodologij: zbornik 24. Mednarodne konference o razvoju organizacijskih znanosti, Slovenija*. Kranj: Moderna Organizacija, Portorož, 16. – 18. marec 2005: 1327-41.
22. Geč T. *Analiza vprašalnika o negovalnih diagnozah v patronažni zdravstveni negi*. Maribor. In: Geč T. *Negovalne diagnoze v praksi: 3. Slovenska konferenca o negovalnih diagnozah: Zbornik predavanj*. Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca. Kolaborativni center SZO za primarno zdravstveno nego, 2007: 35-38.

23. Bulić Vidnjevič I. *Modeli skupnostne obravnave – izkušnje in dileme pri prenosu v slovenski prostor*. In: Bregar B, Peterka Novak J. *Skupnostna psihiatrična obravnava: zbornik predavanj z recenzijo. Seminar sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji. Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji*. Ljubljana, 2011: 1-5.
24. Zidarič M, Nunčič P, Regoršek V. *Skupnostna psihiatrična obravnava na Oddelku za psihiatrijo UKC Maribor*. In: Bregar B, Peterka Novak J. *Skupnostna psihiatrična obravnava: zbornik predavanj z recenzijo. Seminar sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji. Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji*. Ljubljana, 2011: 21-25.
25. *Statistični letopis Republike Slovenije 2010*  
<http://stat.si.html> <22.5.2011>
26. Horvat M. *Zdravstvena obravnava pacienta s kronično boleznijo: Obravnava na primarnem nivoju v patронаžni dejavnosti*. In: Štemberger Kolnik T, Majcen Dvoršak S. *Medicinske sestre zagotavljamo varnost in uvajamo novosti pri obravnavi pacientov s kroničnimi obolenji. 12. Simpozij zdravstvene in babiške nege Slovenije: Zbornik predavanj z recenzijo. Portorož, 12. Maj 2010. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Strokovno društvo medicinskih sester, zdravstvenih tehnikov in babic Koper; 2010: 45-51.*
27. Mislej M. *Nursing abilitante: L'arte di compromettersi con la presa in carico*. 1st Edition. Roma: Carocci editore S.p.A., 2006: 80-98.
28. *Zdravstvena ustanova A.S.S. št. 4 se predstavlja*  
<http://ass4.sanita.fvg.it/ass4/slo/allegati/Presentazione%20Sloveno.pdf>;
29. World Health Organization (WHO – OMS). *Dichiarazione di Monaco. Nurses and Midwives: A force for Health*. Copenhagen WHO/OMS.
30. Menarello G, Pellegrini W. *Ritorno al futuro: Infermiere di famiglia e di comunità*.  
<http://digilander.libero.it/waltweb/06.04.Ritorno%20al%20futuro%20New%20OK.html>  
<22.5.2011>

31. Sansoni J, Mazzoleni MC. *Nursing documentation and visibility: The Italian case. Nursing and Informatics for the 21st Century: An International Look at Practice, Trends and the Future.* Chicago: HIMSS, 2006.
32. Del Giudice G. *La riforma psichiatrica in Italia.*  
<http://triestesalutementale.it/letteratura/testi/8rifpsi.html> <22.5.2011>
33. Barrel D O, Duo F. *Chi e l'infermiere di famiglia?.*  
<http://infermiereprotagonista.it/infermiere-ai-raggi-x/55-infermiere-di-famiglia.html>  
<22.5.2011>
34. Ramšak Pajk J, Šušteršič O. *Pomen prenovljene dokumentacije zdravstvene nege v izobraževalnem procesu patronažnega varstva.*  
<http://profesor.gess.si/marjana.pograjc/članki.../29Ramsak2005.pdf>  
<22.5.2011>
35. Šušteršič O, Rajkovič V, Kljajić M, et. al. *Model orodja za zagotavljanje kakovostis pomočjo dokumentacije v zdravstveni negi.* In: *E-zdravje v e-Sloveniji: zbornik predavanj kongresa Slovenskega društva za medicinsko informatiko. Bled, 1. december 2004. Slovensko društvo za medicinsko informatiko. Ljubljana, 2004: 94-107.*
36. Zampieron A. *La pianificazione dell'assistenza infermieristica al paziente affettato da insufficienza renale*  
<http://edtna-erca.it/allegati/.../1/Pianificazione%20Zampieron.pdf>  
<22.5.2011>.